Nr. 31. 2. sierpnia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Dr. fil. i med. Piotr SŁONIMSKI (Warszawa).

Association des Anatomistes.

(Z powodu XXVI-go Zjazdu w Warszawie 1931 r.).

Wiek XIX był, jak wiadomo, okresem wielkiego rozkwitu nauk przyrodniczych we wszystkich krajach kulturalnych świata. Podstawy wiedzy lekarskiej, a więc anatomja i fizjologja człowieka najściślej są związane z postępami nauk przyrodniczych, stąd też istnieje wyraźna łączność między wysiłkami badawczemi przyrodników i lekarzy-teoretyków. Dla ściślejszego zespolenia badaczy, pracujących na polu nauk morfologicznych, powstały w wielu krajach poza akademjami i ogólnemi towarzystwami lekarskiemi specjalne towarzystwa biologiczne. W Anglji powstało już bardzo dawno *Anatomical Society of Great Britain and Ireland*, które od roku 1866 wydaje *„Journal of Anatomy and Physiology"*. W Niemczech założono w roku 1886 *Anatomische Gesellschaft*, wydające od tegoż roku *„Anatomischer Anzeiger"* oraz sprawozdania z corocznie odbywających się zjazdów w postaci dodatkowych tomów p. t. *„Verhandlungen der Anatomischer Gesellschaft"*. W Ameryce anatomowie, embrjolodzy, histolodzy etc. grupują się w *Association of American Anatomists*, które wydaje *„Proceedings of the Association of American Anatomists"*, połączone od roku 1907 z *„The Anatomical Record"*.

Organizacją, wykazującą największą żywotność jest niewątpliwie francuskie towarzystwo *Association des Anatomistes*, grupujące obecnie obok 200 członków narodowości francuskiej przeszło 250 przedstawicieli 28-iu innych narodów. Historja *l'Association des Anatomistes* w sposób bardzo wyraźny wykazuje żywość i głębokość ruchu naukowego we Francji. Pierwszy okres tej organizacji obejmuje 1899—1905. W roku 1899 odbył się w Paryżu 1-szy zjazd *l'Association des Anatomistes*, który pod przewodnictwem Balbiani'ego uchwalił statut towarzystwa. Statut ten, nieco tylko zmieniony w roku 1921, obowiązuje do dnia dzisiejszego. W chwili swego powstania towarzystwo liczyło 144 członków, prawie wyłącznie Francuzów i Belgów. Niebawem jednak liczba zrzeszonych pracowników naukowych przekracza 200, a zarząd towarzystwa występuje z doniosłą inicjatywą stworzenia międzynarodowej Federacji Anatomicznej. W roku 1904 sekretarz stały *Association des Anatomistes*, prof. Nicolas, zwrócił się do analogicznych towarzystw zagranicznych z prośbą o wysłanie swych przedstawicieli na zebranie, na którem ustalony miał być program i charakter I-ego międzynarodowego zjazdu Federacji. W skład tej Federacji weszła prócz wymienionych wyżej towarzystw anatomicznych *Unione Zoologica Italiana*, jako organizacja, grupująca także i anatomów. Pierwszy kongres Federacji odbył się w r. 1905 w Genewie, jako mieście o wybitnej kulturze współpracy międzynarodowej. Następne zjazdy postanowiono odbywać co 5 lat, przyczem następny z kolei odbył się w r. 1910 w stolicy Belgji — Brukseli.

W tym roku *l'Association des Anatomistes* jest już najliczniejszą organizacją anatomów z przyjmujących udział w kongresie Federacji. Niebawem następuje wybuch wojny światowej i zerwanie więzów kulturalnych między walczącemi narodami. Projektowany na rok 1915 III-ci kongres Federacji anatomicznej, mający się odbyć w Amsterdamie pod przewodnictwem prof. Bolk'a nie dochodzi z łatwo zrozumiałych względów do skutku. Również nie odbywają się aż do roku 1921 zwykłe coroczne zjazdy *l'Association des Anatomistes*, której siły żywotne osłabione zostały wskutek wojny. Idea międzynarodowej łączności anatomów krajów, do niedawna jeszcze prowadzących wojnę staje się niepopularną. *L'Association des Anatomistes* stara się wobec tego odegrać rolę przodującą wśród towarzystw anatomicznych krajów międzysojuszniczych. W celu bliższego poznania i nawiązania bezpośredniej łączności postanawia odbywać niektóre ze swych zjazdów poza granicami Francji. Dzięki temu *l'Association des Anatomistes* zyskuje nowy zastęp członków, a same zjazdy nabierają charakteru międzynarodowego. W roku 1922 odbywa się zjazd w Belgji (Gandawa), w roku 1925 w Italji (Turyn), w roku 1927 pod przewodnictwem prof. A. Brachet'a z Brukseli wspólnie z towarzystwem angielskiem w Londynie, w roku 1928 w Czechosłowacji (Praga). Ten ostatni zjazd jest jednocześnie pierwszym zjazdem anatomów o wybitnym charakterze międzynarodowym na ziemiach słowiańskich. Liczba członków wzrasta wskutek tego bardzo znacznie, gdyż towarzystwo zostaje zasilone znaczną ilością pracowników naukowych z krajów słowiańskich, zwłaszcza Polaków i Czechów.

Z inicjatywy prof. Lotha, sekretarza generalnego *Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego*, o następny zjazd *l'Association* ubiega się Polska, proponując go na rok 1930 w Warszawie.

Fala powojennych niechęci powoli opada. Po dwudziestoletniej przerwie w roku 1930 udaje się wreszcie zwołać III-ci międzynarodowy kongres Federacji w Amsterdamie. Na zjeździe tym *Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne* zostaje przyjęte w skład Federacji, jako ugrupowanie współrzędne z innymi członkami Federacji.

Obecny XXVI-y zjazd *l'Association des Anatomistes*, odbyć się mający w Warszawie w dniach 3—6 sierpnia b. r. i połączony z wycieczką do Krakowa, organizowany jest wspólnie z III-cim zjazdem Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego. Zarząd *l'Association* składa się w roku bieżącym z następujących osób: prof. Rouvière (Paryż), jako przewodniczącego; prof. Fauré-Frémiot (Paryż); prof. Policard (Lyon); prof. Turchini (Montpellier) — jako wiceprzewodniczących i prof. R. Collin (Nancy), jako sekretarza generalnego. W skład polskiego komitetu organizacyjnego zjazdu w Warszawie wchodzą: prof. K. Kostanecki (Kraków), jako przewodniczący; prof. W. de Baehr (Warszawa) i prof. W. Szymonowicz (Lwów), jako zastępcy przewodniczącego; prof. E. Loth (Warszawa), jako sekretarz generalny. Kongres anatomiczny w Warszawie zapowiada się bardzo licznie. Dotychczas zgłosiło swój udział 108 uczestników zagranicznych z 17 państw. Najliczniej reprezentowana jest Francja, a z państw słowiańskich Czechosłowacja.

Składając na tem miejscu XXVI-emu Zjazdowi *l'Association des Anatomistes* i III-emu Zjazdowi *Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego* jak najserdeczniejsze życzenia owocnej pracy, mamy nadzieję, iż obrady ich przyczynią się wydatnie do postępu nauk biologicznych.

Zarząd l'Association des Anatomistes.



Zastępca przewodn.:
Prof. Fauré-Frémiet (Paryż)



Przewodniczący:
Prof. Rouvière (Paryż)



Zastępca przewodn.:
Prof. Policard (Lyon)



Zastępca przewodn.:
Prof. Nicolas



Sekretarz generalny:
Prof. R. Collin (Nancy)



Zastępca przewodn.:
Prof. Turchini (Montpellier)

Polski Komitet Organizacyjny Zjazdu w Warszawie.



Przewodniczący:
Prof. K. Kostanecki (Kraków)





Zastępcy przewodniczącego:
Prof. W. de Baehr (Warszawa) Prof. W. Szymonowicz (Lwów)



Sekretarz generalny:
Prof. E. Loth (Warszawa)

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. A. BANT. Lwów.

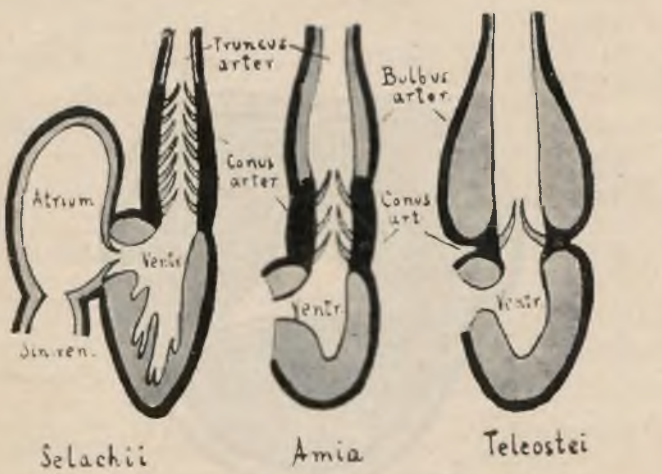
Budowa zastawek półksiężycowatych i zatok tętnicy głównej i płucnej *(Sinus Valsalvae)* i przypuszczenia o ich mechaniźmie.

Stosownie do dotychczasowych opisów anatomicznych zastawki półksiężycowate uważa się za części, które należą do tętnic głównej lub płucnej. Zastawki te rzekomo przylegać mają swemi podstawami do ścian tych tętnic w kształcie gniazd jaskółczych. Przyjęty jest ogólnie pogląd, że zatoki tętnicze *(Sinus Valsalvae)* są przestrzeniami ograniczonemi przez ściany tętnic i zastawki półksiężycowate, jak również pogląd, że zastawki te wyścielone są od strony komory śródbłonkiem wsierdzia, a od strony tętnicy śródbłonkiem tejże. Dalszym wynikiem takich poglądów jest zapatrywanie, że podstawy zastawek półksiężycowatych pozostawać mają w ścisłej łączności z pierścieniami włóknistemi danej tętnicy *(anulus fibrosus)*.

W związku z temi poglądami anatomicznemi pozostają dotychczasowe opisy czynności ujść tętniczych i omawianych zastawek. Panuje ogólnie przyjęte zapatrywanie, że zastawki te są częściami biernemi serca. Mają one odchylać się i przylegać do ścian tętnic pod wpływem prądu krwi, wyciskanego z komór, i naodwrót mają odchylać się od ścian tętnic i zamykać ujścia tętnicze w następstwie cofającego się prądu krwi z tętnic w kierunku do komór.

Wspomniane poglądy anatomiczne zastanawiają tem bardziej, że nie mogą być ani zrozumiale ani wytłumaczalne na podłożu znanych faktów z dziedziny fylo- lub ontogenezy serca. Morfologicznie zaś nie odpowiadają rzeczywistości, co będę starał się pokrótce uzasadnić.

Wydaje mi się, że przy rozpatrywaniu stosunków morfologicznych — napozór jasnych — tych części serca u człowieka (i zwierząt ssących) należy przypomnieć budowę tych części u zwierząt kręgowych stosunkowo najbardziej prymitywnych, t. j. u ryb. U tych ostatnich, pominąwszy część przedsionkową, część komorowa (nieparzysta) przechodzi w stożek tętniczy *(Conus arteriosus)*, który wykazuje wprawdzie u poszczególnych grup tych zwierząt różny stopień wykształcenia, jednak u wszystkich posiada w swem świetle 1—8 rzędów zastawek poprzecznych (Zob. ryc. 1). Z części



Ryc. 1. Schematy serc niektórych ryb. (Według Wiedersheima).

tych zastawek u zwierząt „wyższych", oddechających płucami, wytwarza się przegroda, która dzieli bądź całkowicie bądź częściowo nieparzysty początkowo pień tętniczy na aortę i tętnicę płucną i ich stożki, reszta zaś pozostaje w formie zastawek półksiężycowatych. Stożek tętniczy, oddzielony na zewnątrz płytką bruzdą od komory, w utkaniu wewnętrznem zawiera mięśnie, które są przedłużeniem mięśnia komorowego.

Wychodząc z tych stosunków porównawczych nie możnaby ani zrozumieć ani wytłumaczyć przynależności zastawek półksiężycowatych do ścian tętnic głównych u człowieka. Natomiast biorąc jako punkt wyjścia przynależność zastawek do stożków tętniczych, zmuszonym się jest wprawdzie zakwestjonować dotychczasowe poglądy morfologiczne, jak i częściowo fizjologiczne, na te części serca, ale można wystąpić równocześnie z wnioskami, łatwemi do uzasadnienia i rzucającemi nowe światło na czynności tego odcinka w sercu człowieka jak i zwierząt ssących.

Pomijając w niniejszym krótkim opisie sprawę ontogenezy tej części serca, przejdę bezpośrednio do opisu jej budowy, najpierw u tych ustrojów, u których dane szczegóły morfologiczne rzucają się w oczy i ułatwiają wyjaśnienie tychże może mniej widocznych szczegółów w sercu człowieka. Szczegóły te wyraźne są zwłaszcza na podłużnych przekrojach tętnicy głównej lub płucnej z przylegającemi do nich odcinkami stożków tętniczych i komór n. p. u konia lub krowy (zob. ryc. 2—3).



Ryc. 2. Przekrój podłużny serca konia. Widoczne są w stożku tętniczym mięśnie podłużne i poprzeczne (te ostatnie przy zastawce półksiężycowatej).

Zastawki półksiężycowate odchodzą tu nie od ściany tętnicy, a od krawędzi wystającego w tem miejscu mięśnia stożka tętniczego (zob. ryc. 4), co jest zresztą zupełnie jasne z płaszczyzny widzenia anatomji porównawczej. Tylko oba końce (t. zw. filary R. Welscha) łukowatych podstaw zastawek przechodzą na nieznacznej długości w samą ścianę aorty albo tętnicy płucnej, a to dzięki szczególnemu ukształtowaniu stożka tętniczego. Między samym stożkiem



Ryc. 3. Przekrój podłużny serca konia. Na dnie stożka widoczny jest fałd wsierdzia powstały przy skurczu stożka. Zastawka częściowo również skurczona.

tętniczym a mięśniem komorowym u człowieka i zwierząt ssących niema, jak wiadomo, ostrej granicy. Granica bardzo wyraźna występuje dopiero między stożkiem a początkiem tętnicy. Stożki tętnicze, oglądane od strony tętnic, przedstawiają się jako pierścienie, w których należy wyróżnić wspólną część obwodową i część wewnętrzną, złożoną z trzech odcinków jakby oddzielnych, które odpowiadają trzem zastawkom półksiężycowatym. Odcinki te są wypukłe także od strony wewnętrznej, każdy dla siebie zosobna (zob. ryc. 5). Wypukłości te od strony wewnętrznej są zmienne i zależne od skurczu lub rozkurczu mięśni własnych i komorowych. Ujście tętnicze przedstawia się w tem miejscu jako trójkąt z ramionami mniej

lub więcej wypuklemi ku środkowi. Wierzchołki takiego trójkąta leżą poniżej zejścia się wspomnianych filarów Welscha dwu sąsiednich zastawek, ramiona zaś służą jako podstawy tym zastawkom. Stożek lewy różni się od prawego tem, że jego utkanie mięśniowe, w kształcie pierścienia, jest przerwane na obwodzie wewnętrznym, a to działką przednią zastawki dwudzielnej *(valvula mitralis)* w miejscu między zastawką półksiężycowatą lewą a prawą. Jak wiadomo bowiem, działka przednia w sercu lewem przechodzi bezpośrednio w ścianę aorty.

Na wspomnianych poprzednio przekrojach podłużnych tych części serca wyraźną jest również budowa zatok tętniczych, w obrębie których daje się wyróżnić trzy części składowe: ścianę zewnętrzną, którą tworzy tu aorta (lub tętnica płucna), ścianę wewnętrzną utworzoną przez zastawki półksiężycowate i dno, które należy do mięśnia stożka tętniczego, jego śródbłonka i jego wiązek ścięgnistych. Zatoki tętnicze wyścielone są tylko na ścianie bocznej śródbłonkiem tętnicy, podczas gdy dno tych zatok (mięsień stożka tętniczego) posiada śródbłonek, który należy do wsierdzia. Zastawki półksiężycowate posiadają na ścianie zwróconej ku tętnicy śródbłonek, który nie jest, jak to zwykle opisuje się, przedłużeniem warstwy śródbłonka tętnic, a jest w przeważnej swej części przedłużeniem warstwy śródbłonka stożka tętniczego, czyli śródbłonka wsierdzia. Tylko przy wspomnianych filarach śródbłonek zastawek półksiężycowatych przechodzi bezpośrednio w śródbłonek danej tętnicy.

W warstwie łącznotkankowej zastawek półksiężycowatych (między oboma warstwami śródbłonkowemi) widać wyraźnie (na przekrojach) oprócz wiązek włókien łącznotkankowych, przebiegających łukowato i równolegle do wolnych brzegów zastawki, delikatne wiązki włókien, które wychodzą promienisto na krawędzi i z pomiędzy wiązek mięśnia stożka tętniczego. (W podstawach tych zastawek obecne są — jak wiadomo — również drobne wiązki komórek mięśniowych gładkich).

Szczegóły makroskopowe, zwłaszcza budowa zatok tętniczych, są — jak już wspomniałem — bardzo dobrze widoczne w sercach dużych zwierząt, w sercu zaś człowieka, podobnie jak w sercu małych zwierząt, szczegóły te są bardzo drobne i łatwo je przeoczyć przy oglądaniu okiem nieuzbrojonem, zwłaszcza na sercu skurczonem pośmiertnie. Na sercu takiem, zwłaszcza lewem, ujście tętnicze jest stosunkowo mocno rozszerzone, a te części mięśniowe stożka tętniczego, które to ujście ograniczają, są silnie skurczone, co wywoływać może wrażenie, że zastawki półksiężycowate odchodzą wprost od ściany aorty.

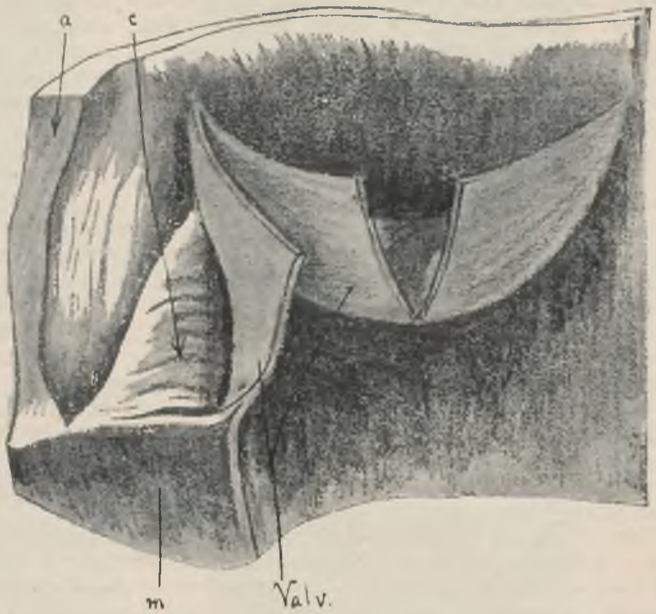
Z opisanych pokrótce szczegółów można wyciągnąć wnioski następujące: 1) zastawki półksiężycowate u człowieka (podobnie jak u zwierząt) odchodzą swojemi podstawami przeważnie nie od ściany tętnic, a od krawędzi mięśni komorowych, t. j. od stożków tętniczych *(conus arteriosus)*, zaś tylko swemi końcami (filarami) od ściany tych tętnic; 2) zatoki tętnicze utworzone są nietylko przez tętnice (aorta, tętnica płucna) i zastawki półksiężycowate, lecz, co ważniejsze, także przez mięśnie komorowe (stożki tętnicze) i ich wsierdzie; 3) z pomiędzy wiązek mięśni stożka tętniczego wychodzą wiązki włókien łączno-tkankowych i wchodzą do wnętrza zastawek.

Z pracy T. Bogulińskiego, która już wkrótce ukaże się w druku, o stosunku zastawek półksiężycowatych do chrząstek, pierścieni i trójkątów włóknistych serca, wynika jeszcze jeden wniosek, pozostający w ścisłym związku z wymienionemi, a mianowicie, że zastawki te nie pozostają w łączności z temi pierścieniami.

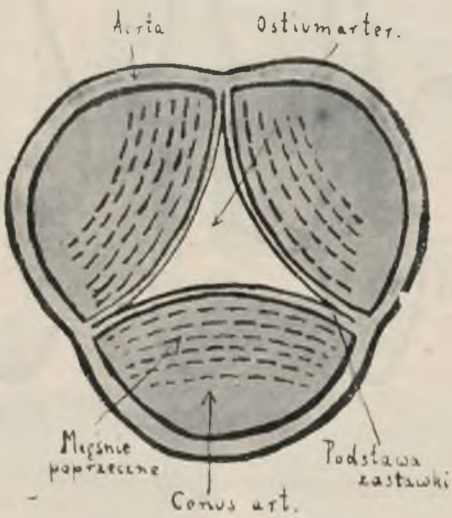
Z podanych opisów i wniosków morfologicznych możnaby wyprowadzić, jeżeli nie szczegółowe, to przynajmniej ogólne wnioski odnośnie do czynności tych części serca. Przedewszystkiem wątpliwą staje się całkowita bierność tych zastawek w otwieraniu czy zamykaniu ujścia tętniczego. Z chwilą, gdy zastawki te przydzieli się do mięśniowych stożków tętniczych, które są przedłużeniami mięśni komór i zwróci się uwagę na wiązki włókien łącznotkankowych, które odchodzą od tych stożków (z pomiędzy ich mięśni) do wnętrza zastawek, trudno przypuścić, aby były one wyłącznie bierne. Przeciwnie, można je uważać za podlegające skurczom dzięki wspomnianym wiązkom łączno-tkankowym, które odchodzą do nich promienisto. Wyobrazić sobie można również, że zastawki mogą rozkurczać się równocześnie z rozkurczem stożka tętniczego dzięki wiązkom włókien sprężystych, które w nich przebiegają łukowato i równolegle do ich podstaw.

Promienisty przebieg wiązek łączno-tkankowych w ścianach zastawek uzasadnić może przypuszczenie, że te ostatnie kurcząc się, podobnie jak warstwa mięśni podłużnych w jelicie, zwłaszcza grubem, zbliżają swoje brzegi wolne ku krawędzi stożka tętniczego, t. zn. odbywa się tu ruch tych brzegów od środka ujścia tętniczego ku dołowi i obwodowi; przy rozkurczu zaś wiązek promienistych występować może z powrotem przesuwanie się wolnych brzegów w kierunku ku górze i ku środkowi ujścia tętniczego. Wobec tego wątpliwym wydaje mi się opis, że zastawki półksiężycowate odchylają się ku ścianie tętnic podczas skurczów komór.

Niezaprzeczalną pozostałaby tylko ta część dotychczasowych opisów o bierności zastawek półksiężycowatych, która odnosi się do końcowej fazy zamykania ujścia tętniczego, a to do zetknięcia się wolnych brzegów zastawek pod wpływem cofającego się prądu krwi w tętnicy (głównej lub płucnej).



Ryc. 4. Odcinek tętnicy i stożka tętniczego. Po stronie lewej przekrój podłużny przez tętnicę *(a)*, stożek *(m, c)* i zastawkę *(Valv.)*. W zastawce prawej zrobiono sztuczny wycinek celem uwidocznienia dna stożka.



Ryc. 5. Schemat ujścia i stożka tętniczego. Dna zatok przesadnie wielkie.

Uważam za wskazane uzupełnić powyższe przypuszczenia o mechanizmie ujść tętniczych jeszcze kilku szczegółami o przebiegu wiązek mięśniowych w stożkach tętniczych. Jak na załączonych rycinach zauważyć można, w stożkach obecne są dwie warstwy mięśni. Jedna obwodowa o przebiegu podłużnym (równoległym do długiej osi serca), druga wewnętrzna o przebiegu okrężnym lub raczej poprzecznym, gdyż leży ona w każdym z trzech odcinków stożka zosobna, odpowiadających trzem zatokom.

Warstwa podłużna jest przedłużeniem takiej warstwy mięśnia komorowego. Skurcz tej ostatniej wywoływać może z jednej strony zbliżenie koniuszka sercowego ku ujściu tętniczemu, z drugiej obniżenie (wpuklenie) dna zatoki, z trzeciej zaś najprawdopodobniej także rozciągnięcie (rozszerzenie) ujścia tętniczego wraz z zastawkami, co możnaby przypuścić ze względu na wypukły przebieg tej warstwy w partji zewnętrznej w kierunku od komory ku

stożkom. Występować tu może działanie podobne do tego, jakie zachodzi w żołądku i przełyku przy wymiotach.

Wydaje mi się, że trudniejszą do wytłumaczenia jest warstwa mięśniowa poprzeczna. Czynność jej bowiem zależeć może od tego, czy otacza ona całkowicie, jako okrężna, ujście tętnicze, czy też przebiega jako poprzeczna tylko w poszczególnych odcinkach stożka, odpowiadających zatokom. W pierwszym przypadku skurcz jej, jako okrężnej, powodowałby zwężenie ujścia, co jednak mogłoby nastąpić również przy rozkurczu warstwy podłużnej, w drugim zaś skurcz mięśni poprzecznych w każdym z trzech odcinków, wypukłych ku środkowi ujścia, wspomagałby tylko skurcz mięśni podłużnych i rozszerzałby jeszcze bardziej ujście wraz z zastawkami. Ostateczne rozstrzygnięcie tej ciekawej kwestji pozostawić muszę dalszym badaniom w tym zakresie.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

Przedni płat przysadki a narząd rodny kobiecy.

Wiadomości nasze o czynności przysadki mózgowej zawdzięczamy doświadczeniom, polegającym na częściowem lub całkowitem wyłuszczeniu tejże, na przeszczepianiu i wreszcie na wstrzykiwaniu jej wyciągów. Wyniki tych doświadczeń były często, a nawet i dotąd są nieraz sprzeczne dlatego, że izolowanie poszczególnych części przysadki jest bardzo trudne, przyczem różni autorowie w badaniach swych posługiwali się różnemi metodami i niejednokrotnie używali do doświadczeń zwierząt nieodpowiednich i nieodpowiednich wyciągów. Mimo to jesteśmy w stanie dzisiaj już poszczycić się pewnemi zdobyczami tych badań, które wyjaśniają znaczenie i rolę tego organu w ustroju, a zwłaszcza w stosunku do narządu rodnego.

Z doświadczeń licznych autorów, a przedewszystkiem Aschnera, Biedla, Horseya i Cushinga z wyłuszczeniem przysadki wynika, że przedni płat przysadki ma wpływ decydujący na wzrost i na czynność narządu rodnego jako też na rozwój tego narządu u zwierząt młodocianych i że usunięcie tylnego płatu przysadki nie wywiera większego wpływu na życie zwierzęcia.

Doświadczenia z wstrzykiwaniem wyciągów nie doprowadziły do poważniejszych wyników. Natomiast doświadczenia z przeszczepianiem były bardzo zachęcające i one to pobudziły do dalszych badań licznych autorów, a zwłaszcza Zondeka i Aschheima, którzy na ich podstawie doszli do wyników bardzo interesujących nietylko ze stanowiska teoretycznego, ale i praktycznego.

Wykazali oni mianowicie jeszcze w roku 1926, że wszczepienie minimalnej cząstki tkanki przedniego płatu przysadki w mięśnie uda myszki infantylnej wywołuje po 100 godzinach dojrzałość płciową (ruję), przyczem w jajnikach występuje silny odczyn, a mianowicie dojrzewanie pęcherzyków, punkta krwawe i ciałka żółte. To samo doświadczenie wykonane u zwierząt kastrowanych nie wywołuje żadnego działania, co dowodzi niezbicie, że przedni płat przysadki działa jedynie za pośrednictwem jajników.

Doświadczenia te posłużyły wspomnianym autorom do wykazania hormonu przedniego płata przysadki, co w następstwie było podstawą do badań nietylko ich ale i całego szeregu autorów nad znaczeniem przysadki dla organizmu.

Wszystkie te doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne dowodzą niezbicie ścisłego związku, jaki istnieje pomiędzy przysadką i narządem rodnym.

Doświadczenia Zondeka i Aschheima ugruntowały nadto i umożliwiły badania produktów wydzielania przysadki t. j. hormonów, zapomocą wspomnianej powyżej reakcji na jajnikach. Reakcja ta względnie 3 jej zasadnicze i typowe grupy objawów — przedstawia się następująco:

I. Dojrzewanie pęcherzyków, dojrzewanie jajek, wyzwalanie follikuliny w dojrzewających pęcherzykach i następowo przez follikulinę wystąpienie rui, pod postacią typowego stadjum łusek w wydzielinie pochwy *(Schollenstadium)*;

II. Punkta krwawe — obfite krwawienia do światła rozszerzonych pęcherzyków;

III. Luteinizacja, powstawanie ciałek żółtych, częściowo z zamkniętemi w nich jajami *(Corpora lutea atretica)*. Luteinizacja torebki.

Reakcja I-a może wystąpić i pod wpływem follikuliny t. j. hormonu płciowego kobiecego.

Dalsze doświadczenia tych autorów wykazały, że spostrzegane przez nich zjawiska na jajnikach t. j. owulacja i powstrzymanie dojrzewania jajek wskutek luteinizacji, a więc dwie przeciwne sobie czynności wywołane są przez dwa różne hormony nazwane przez nich prolanem A i B, a mianowicie przez hormon A, powodujący dojrzewanie pęcherzyków i przez hormon B, powodujący luteinizację. Badając mocz na hormon przysadki, w około 10% przypadków wykazać mogli mianowicie tylko reakcję I-ą czyli obecność prolanu A. Jeżli się uwzględni, że hormon przedniego płatu przysadki wywołuje obie reakcje t. j. dojrzewanie pęcherzyków i luteinizację, to musiało uderzyć, że pewne mocze wywołują tylko dojrzewanie pęcherzyków, a nie luteinizację. W jednym przypadku uzyskał Aschheim z moczu ciężarnej wyciągi, które wywoływały rozrost i pękanie pęcherzyków bez luteinizacji, w innem doświadczeniu znów uzyskał z przysadki ciało, pod wpływem którego powstawały *Corpora lutea atretica* bez dojrzewania pęcherzyków. To różnorodne działanie stwierdzone być mogło badaniami histologicznemi, a w konsekwencji rozróżnienie 2 hormonów wyżej wspomnianych było zupełnie uzasadnione.

Ponadto pewną jest rzeczą, że przedni płat przysadki produkuje ciało wywierające wpływ na ogólny wzrost, które to ciało nie jest identyczne z prolanem i nie wydziela się w moczu ciężarnych.

W związku z powyższemi wynikami badań było rzeczą bardzo interesującą wykazanie, czy istnieje związek pomiędzy hormonami przedniego płatu przysadki, a t. zw. specyficzno-dynamicznem działaniem białka. Sprawa ta interesowała nas bardzo, dlatego zajęliśmy się nią i rozpoczęliśmy w tym kierunku badania bezpośrednio po wykryciu prolanu przez Zondeka. Pozostając w stałym kontakcie z Zondekiem, byliśmy w tem szczęśliwem położeniu, że na naszą prośbę użyczył nam pierwszych próbek prolanu do naszych doświadczeń. W ten sposób dzięki uprzejmości Zondeka byliśmy pierwsi, którzy mogliśmy rozpocząć pracę powyższą. Klinika lwowska była również pierwsza, która wyodrębniła prolan z moczu ciężarnych w pracowni chemicznej prof. Parnasa i pod jego osobistem kierownictwem. Doświadczenia nasze (z których szczegółowo zda sprawę asystent dr. Liebhart w pracy p. t. *„O hormonach płciowych“*) — stwierdziły niezbicie, że prolan spełnia do pewnego stopnia rolę regulatora odnośnie do specyficzno-dynamicznego działania białka. Ostatnio ogłoszone wyniki prac H. Zondeka i Köhlera w tejsamej sprawie potwierdzają w zupełności powyższy wynik naszych doświadczeń.

Przedni płat przysadki mózgowej produkuje zatem następujące hormony:

1) hormon wzrostu;
2) prolan A t. j. hormon dojrzewania pęcherzyków;
3) prolan B t. j. hormon powodujący luteinizację i ewentualnie
4) ciało wywierające wpływ na przemianę materji.

Prolan A powoduje dojrzewanie pęcherzyków i jajek i wydzielanie follikuliny w komórkach pęcherzykowych, która znów ze swej strony wpływa na przebudowę błony śluzowej macicy aż do chwili sekrecji.

Prolan B powoduje przemianę pęcherzyka w ciałko żółte i wywołuje w ciałku żółtem produkcję hormonu ciałka żółtego, który ze swej strony znów wprawia błonę śluzową macicy w czynność (sekrecja gruczołów śluzowych, glykogen) i w ten sposób uzupełnia przygotowanie, jakie powstaje w macicy na przyjęcie zapłodnionego jajka.

Zdaniem Zondeka prolan A jest nadrzędnym hormonem płciowym dla fazy proliferacji, zaś prolan B jest takim samym hormonem płciowym dla fazy czynnościowej (faza przedciążowa).

W ten sposób według Zondeka przedni płat przysadki przez okresowe produkowanie obu hormonów (A i B) byłby motorem i regulatorem czynności płciowej, jako też cyklu miesiączkowego.

Wspomniana poprzednio reakcja na zwierzęciu infantylnem pod wpływem przeszczepienia małego kawałeczka przedniego płatu przysadki występuje zawsze, bez względu na to, czy przeszczepiona przysadka pochodzi od człowieka czy zwierzęcia, bez względu na ich płeć i wreszcie bez względu na to, czy to był osobnik starszy, młody, a nawet płód. Dowodzi to, że hormony przedniego płatu przysadki pod względem płciowym nie są specyficzne, identyczne są u człowieka i u zwierząt i produkowane są przez całe życie.

Co się tyczy ilości produkowanych przez przedni płat przysadki hormonów, to badania Zondeka wykazały, że przysadka kobiety produkuje ich więcej, aniżeli przysadka mężczyzny, lecz naogół ilości te są stosunkowo bardzo małe, co tłumaczy okoliczność, że przysadka jako gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu — każdą wyprodukowaną ilość hormonu wydala natychmiast do ustroju, tak że zapas takowego w samym gruczole jest bardzo mały. Wykazywane w przysadce ilości hormonu oznaczają zatem tylko momentalną zawartość gruczołu i nie dają wyobrażenia o ilości produkcji.

Ta mała zawartość hormonów w przysadce musi tem więcej uderzać, że w czasie ciąży ilość jednostek mysich w 1 litrze moczu wynosi przeciętnie od 2 do 10.000, czyli że w czasie całej ciąży

produkuje i wydziela kobieta hormonów przedniego płatu okrągło w ilości 4 miljony jednostek mysich.

W przysadce natomiast samej znajdujemy w czasie ciąży bardzo małe ilości hormonu, a zwykle wcale go tam niema. Wykazali to liczni autorowie, a zwłaszcza Philipp, który wobec tego utrzymuje, że miejscem produkcji hormonu jest nie przysadka, lecz łożysko. Skąpe ilości względnie brak hormonu w przysadce nie dowodzi atoli jeszcze, aby przysadka w czasie ciąży nie była czynna.

Równie dobrze bowiem, jak przypuszcza Zondek, można przyjąć, że mimo dużej produkcji hormonu wydzielanie jego może być tak szybkie, że w miejscu produkcji t. j. w samej przysadce już hormonu nie znajdujemy.

Z biologicznych własności prolanu podnieść należy następujące: Prolan A wywołuje u zwierzęcia młodocianego przedwczesną dojrzałość płciową, objawiającą się dojrzewaniem jajka płodowego i powiększeniem pęcherzyka, który może pęknąć, tak że dojrzałe jajko przedostaje się do trąbki. Czy w pęknięciu pęcherzyka gra rolę tylko samo działanie prolanu A, czy tu grają rolę i inne czynniki, nie jest rzeczą rozstrzygniętą. Zondek przypuszcza, że może pęknięcie pęcherzyka wywiera działanie na przedni płat przysadki, pobudzając go do produkcji hormonu B. Hormon A powoduje uwolnienie folllikuliny w komórkach pęcherzykowych, a follikulina powoduje znaną reakję rui. Stały dowóz follikuliny powoduje stały stan rui.

U zwierzęcia skastrowanego hormon A nie działa, gdyż działanie jego odbywa się tylko za pośrednictwem jajników, które muszą być jeszcze w ustroju przynajmniej 30 godzin po podaniu prolanu. To jest rzecz zasadnicza. Produkcja follikuliny w jajnikach rozpoczyna się już wówczas, gdy anatomicznie jeszcze nie można wykazać powiększenia pęcherzyków.

Na wzrost macicy nie ma prolan, jako ciało chemiczne, żadnego wpływu. Wzrost macicy po dodaniu prolanu polega na następowem wytwarzaniu się follikuliny w jajnikach. Silny wzrost błony śluzowej macicy wykazuje te same zmiany, jak po bezpośredniem podaniu follikuliny (proliferacja bez przemiany przedciążowej).

Prolan B powoduje luteinizację, to znaczy, że przemienia pęcherzyk w ciałko żółte. Ponadto powstają pod jego wpływem t. zw. *Corpora lutea atretica* t. j. ciałko żółte z zamkniętem jajkiem. Na macicę i pochwę wpływu nie wywiera.

Przez łączenie prolanu A i B można uzyskać zmienne reakcje biologiczne zależne od przewagi działania jednego lub drugiego prolanu.

Podając przez dłuższy czas Prolan A i B zwierzętom dojrzałym, stwierdzić mógł Zondek 3 typy reakcji o następujących cechach:

a) Trwałą ruję z trwałem stadjum łusek, duże szkliste macice, duże, przekrwione jajniki z wielką produkcją dużych pęcherzyków, przyczem mogą znajdować się pojedyncze ciałka żółte.

b) Cykl nieregularny, duże macice, zmienną wydzielinę śluzową, duże jajniki z punktami krwawemi i ciałkami żółtemi.

c) Ustanie rui, macice o zmiennej wielkości, wydzielina pochwy jak w okresie spoczynku *(diestrus)*, duże jajniki z kolosalną produkcją ciałek żółtych i punktami krwawemi.

Dowóz hormonów przedniego płatu przysadki (implantacja lub prolan) wywołuje u zwierzęcia starszego, u którego ruja już szereg miesięcy nie wystąpiła, z powrotem ruję i to okresową, tak że można w istocie mówić o odmłodzeniu zwierzęcia. To samo uzyskać można przez podawanie follikuliny. Ponieważ wiemy, że follikulina nie działa na sam jajnik, więc należy zjawisko to w ten sposób rozumieć, iż follikulina może również wywierać działanie pobudzające na przedni płat przysadki.

Właściwość prolanu B powodującego luteinizację pęcherzyków możnaby praktycznie zużytkować w celu wywołania niepłodności. Stosując go bowiem przez czas dłuższy, możemy wywołać zupełne zahamowanie dojrzewania wszystkich pęcherzyków, przez co osobnik dany staje się hormonalnie niepłodny. Z drugiej strony można zapomocą prolanu B wywołać w ciałkach luteinowych produkcję hormonu ciałka żółtego, który znów ze swej strony wywołuje zmiany przedciążowe w narządzie rodnym, tak że macica i pochwa wykazują budowę histologiczną jak w czasie wczesnej ciąży.

Można zatem zapomocą prolanu B wywołać powstrzymanie dojrzewania pęcherzyków, zmiany przedciążowe w narządzie rodnym i wreszcie niepłodność hormonalną.

W czasie ciąży, jak wiemy, istnieje silnie wzmożona produkcja prolanu (A i B). To samo dzieje się wówczas, gdy ustaje czynność jajników. Wówczas atoli wzmożenie produkcji dotyczy głównie hormonu A. Że objaw ten zależy od ustania czynności jajników, dowodzi spostrzeżenie Zondeka, który u 80% kobiet po wytrzebieniu mógł wykazać w moczu hormon A i to już w 10 dni po operacji. Podobnie rzecz ma się i po wytrzebieniu rentgenowskiem.

Objaw ten ma zatem znaczenie kliniczne, gdyż przez wykazanie w moczu hormonu A możemy stwierdzić objektywnie ustanie czynności płciowej.

Warto wspomnieć, że już przed 20 laty liczni badacze przypuszczali, że tak jajniki jak i jądra potrzebują dla swego rozwoju pewnych ciał krążących we krwi, od których to ciał zależeć ma nietylko wystąpienie pokwitania, lecz również i ilościowe regulowanie całej późniejszej czynności płciowej. Nie ulega wątpliwości, że te hipotetyczne ciała określane dawniej jako *„generativ ferment"* względnie jako „substancja X" obecnie są znane i że są niemi hormony przedniego płatu przysadki mózgowej.

Wzmożoną produkcję hormonów przysadki nieraz 10-ciokrotną i to głównie hormonu A znajdujemy również w przypadkach nowotworów.

Zondek i Aschheim w przypadkach raka narządu rodnego lub mięśniaków uzyskiwali dodatnią reakcję ciążową u 20% chorych, podczas gdy w przypadkach raka poza narządem rodnym reakcja ta wypadała zawsze ujemnie. Natomiast reakcja ta z moczem skoncentrowanym (5-cio krotnie) w przypadkach raków narządu rodnego wypada dodatnio w 80% przypadków.

Zdaniem Zondeka ta wzmożona produkcja hormonu A w przypadkach raka narządu rodnego jest prawdopodobnie zjawiskiem następowem t. zn., że przedni płat przysadki reaguje na wzmożone procesy wzrostu przy tumorach złośliwych wzmożoną produkcją prolanu A.

Praktycznie zużytkować możemy próby Aschheima-Zondeka w następujących kierunkach.

Reakcja I t. j. wzmożone wydzielanie w moczu hormonu powodującego dojrzewanie pęcherzyków (metoda koncentracyjna) dowodzi ustania czynności płciowej. Reakcja ta w 80% przypadków wypada dodatnio. Reakcja ta wypada również w 80% przypadków dodatnio u kobiet chorych na raka narządu rodnego. Ponieważ atoli wypada ona nieraz dodatnio i w przypadkach guzów dobrotliwych, więc dla celów rozpoznawczych raka macicy nie nadaje się. Natomiast jest ona pewna w przypadkach złośliwych nowotworów jąder.

Na wykazaniu reakcji II względnie III w moczu (bezpośrednie wstrzyknięcie moczu) polega znana reakcja Aschheima i Zondeka t. zw. reakcja ciążowa. Wypada ona w 98—99% przypadków dodatnio.

Na wykazaniu reakcji II polega reakcja ciążowa t. zw. strącania *(Fällungsschnellreaktion)* (Zondek). Reakcja ta ma znaczenie, jeśli wypada dodatnio — nie może więc konkurować z reakcją oryginalną.

Najważniejsze atoli zastosowanie kliniczne znajduje prolan w przypadkach zaburzeń czynności płciowej.

Nie należy go stosować w przypadkach braku regularności na tle zaburzeń polihormonalnych, wywołanego nadmierną produkcją follikuliny *(amenorrhea polyfolliculinosa)*. Natomiast wskazany jest w przypadkach braku regularności na tle zaburzeń, wynikłych z niedostatecznej funkcji hormonalnej *(Amen. oligofolliculinosa)*.

Dawka dotąd jest nieustalona. Zondek np. podaje zwykle przez 10 dni 1—2 cm³ dziennie (100—200 R. E.) śródmięśniowo, a więc razem 1000—4000 R. E. Sądzi on, że przez stosowanie dawek większych nie można się spodziewać lepszego efektu terapeutycznego, gdyż przy zastosowaniu dużej dawki naraz (kilka tysięcy R. E.) duża jego część następnego dnia wydziela się moczem.

Podawanie dawek mniejszych przez czas dłuższy działa w każdym razie lepiej zwłaszcza z równoczesnem stosowaniem follikuliny.

Na podstawie naszych własnych doświadczeń doszliśmy do przekonania, że stosowanie prolanu podobnie jak i innych preparatów hormonalnych jest tylko wówczas skuteczne, a temsamem i celowe, jeśli dokładnie znamy stan hormonalny kobiety. Dlatego też w klinice lwowskiej w przypadkach tych zawsze przeprowadzamy najpierw szereg odpowiednich badań łącznie ze wspomnianemi reakcjami biologicznemi i zależnie od wyniku badań stosujemy ten lub ów preparat hormonalny obok innych wskazanych zabiegów. (Bliższe szczegóły tego postępowania poda asystent Dr. Liebhart w pracy p. t. *„O tak zwanych schorzeniach polyhormonalnych w ginekologji")*.

Dalsze wskazania stanowią krwawienia maciczne pochodzenia jajnikowego. Stosuje się wówczas prolan śródżylnie i to w dawkach dużych, bo 3—500 R. E. dziennie. Korzystne działanie wytłumaczyć tu można procesem luteinizacji. Doświadczenia na zwierzętach, jak wyżej o tem była mowa, wykazały bowiem, że przez dłuższe podawanie prolanu można powstrzymać dojrzewanie pęcherzyków i jajnik zamienić w pewnego rodzaju ciało luteinowe. Obraz ten przypomina działanie promieni Roentgena na jajnik, przyczem atoli budowa jajnika jest zupełnie inna. Po prolanie bowiem stwierdzamy masowe tworzenie się komórek luteinowych, po naświetlaniu Roent-

genem zaś okazuje pęcherzyk masowe tworzenie się komórek nabłonkowatych. Ostateczny efekt czynnościowy jest ten sam t. j., że ustaje dojrzewanie pęcherzyków.

Również opanować można krwawienia maciczne, i to nawet obfite, pochodzenia jajnikowego przez śródżylne wstrzyknięcia folikuliny.

Aby się przekonać, czy prolan wogóle działa u kobiet, wstrzykiwał go Zondek kilka dni przed operacją. W czasie laparotomji przekonał się, że narząd rodny cały był silnie przekrwiony i jakby napęczniały, tak jakby to była początkowa ciąża. Okoliczność ta nasunęła Kleinowi myśl stosowania prolanu w celu wywołania przekrwienia dla leczenia spraw zapalnych przydatków.

Również i Zondek stosował w tym samym celu prolan u kilkudziesięciu chorych początkowo w przypadkach przewlekłych, a później podostrych, a nawet ostrych. Stosował on prolan śródmięśniowo codziennie w dawce od 100 do 200 R. E. przez 8—12 dni. Dawka i czas leczenia zależą od ogólnego stanu i od tego, jak dana osoba znosi wstrzykiwania i jak na nie oddziaływa. Uderzającą rzeczą jest zmniejszenie się bólów.

W sprawach tych należy być bardzo ostrożnym. Ocena wyniku leczniczego w przypadkach guzów zapalnych przydatków nawet dla doświadczonego ginekologa nieraz jest rzeczą trudną, gdyż wiemy, że już samo leżenie w łóżku i bezwzględny spokój wpływają korzystnie na proces zapalny. Zondek twierdzi atoli, że leczenie prolanem działa stanowczo lepiej, aniżeli samo leżenie w łóżku nawet w kombinacji ze specyficzną terapją proteinową. Przekonał się bowiem, że leczenie trwa krócej, a nawet w przypadkach przewlekłych dolegliwości ustępują daleko szybciej.

W klinice lwowskiej stosowaliśmy prolan w przypadkach spraw zapalnych narządu rodnego i stwierdziliśmy, że bóle rzeczywiście ustają i to dość rychło. Co się zaś tyczy ustępywania sprawy zapalnej, nie nabraliśmy przekonania, aby się to działo szybciej, aniżeli to dzieje się pod wpływem dotychczasowych sposobów leczenia. Natomiast przekonaliśmy się, że o wiele skuteczniej działa prolan w łączności z równoczesną proteinoterapją.

Liczne doświadczenia na zwierzętach wykazały niezbicie, że przedni płat przysadki wywiera wielki wpływ na przemianę podstawową. Bliską wobec tego była myśl zastosowania prolanu w odpowiednich cierpieniach na tle przemiany materji. I rzeczywiście podawanie prolanu nawet doustnie było tu skuteczne. Zondek np. miał dobre wyniki w przypadkach wychudzenia zwłaszcza pochodzenia przysadkowego *(Cachexia hypophysaris)*.

Waliński leczył skutecznie prolanem łuszczycę, Zondek miał bardzo dobre wyniki po kombinowanem leczeniu folliculiną i prolanem w przypadkach wyprysków w okresie przekwitania. Własne nasze doświadczenia potwierdzają w całej pełni skuteczność działania prolanu łącznie z folliculiną w powyższych cierpieniach. Stosowaliśmy bowiem ten sposób leczenia w całym szeregu schorzeń skórnych, nieraz bardzo opornych na dotychczasowe leczenie i uzyskaliśmy najczęściej bardzo dobry wynik. Wyniki tychże doświadczeń ogłosił asystent Dr. Liebhart wspólnie z prof. Leszczyńskim w pracy p. t. *„Hormonale Frauendermatosen"*.

Wyodrębnienie hormonów przedniego płatu przysadki ze stanowiska terapeutyczno-klinicznego stanowi wielki postęp, gdyż nie potrzebujemy wobec tego posługiwać się np. przeszczepianem przysadki zwierząt na człowieka, ani też stosować krwi ciężarnych, gdyż możemy hormony zawarte w tejże krwi t. j. folliculinę i prolan wstrzykiwać w formie czystej. Spodziewać się należy, że terapeutyczny zakres stosowania tych hormonów rozszerzy się znacznie, gdy uda się uzyskać oddzielnie prolan A i B.

Tak jak rzecz dziś się ma, podnieść należy, iż stwierdzone dotąd własności biologiczne przedniego płatu przysadki mózgowej pozwoliły nam wglądnąć bliżej w zagadkę czynności narządu rodnego kobiecego, a co za tem idzie i leczniczo działać w pewnych zaburzeniach tejże czynności więcej przyczynowo i skuteczniej, aniżeli to dotąd było możliwe.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Józef ALEKSIEWICZ. Lwów.

Cewnikowanie kanału rdzeniowego przez otwór międzykręgowy sposobem Calvé'go przy porażeniu obustronnem w chorobie Potta.

Ciąg dalszy.

7) *Cewnikowanie kanału rdzeniowego metodą Calvé'go.*

W czasopiśmie: *Archives Franco-Belges de Chirurgie* z marca 1926, ogłosił p. Dr. Calvé, szef szpitala fundacji francusko-amerykańskiej w Berck Plage we Francji, swój sposób opróżniania kanału kręgowego zapomocą zgłębnika rowkowanego, mandrynu i igły tępej. Autor, informował mnie sam jak najuprzedniej i zadawał sobie trudu nauczania w czasie mojej bytności w Bercku. Również także współpracownik jego pan Dr. Gallant. Niech więc fakt zastosowania przezemnie poraz pierwszy w Polsce z doskonałym wynikiem jego genjalnego sposobu, będzie serdeczną podzięką moją dla Nich.

Instrumentarjum Calvé'go tworzą[1]): Zgłębnik rowkowany odpowiednio wygięty tak, aby dokładnie odpowiadał wygięciu przedniej ściany kostnej kanału kręgowego. Wygięcie to powinien sam operator uskutecznić, mając do pomocy kościec, na kręgach odpowiednich do tych, na których zabieg zamyśla wykonać.

2) Igła o tępym końcu również wygięta tak jak sonda, zaopatrzona w mandryn i skrzydełka przy nasadzie dla strzykawki. Skrzydełka mają być umieszczone na igle prostopadle do kierunku zgięcia, a są konieczne dla orjentacji z chwilą, kiedy koniec igły stracimy z oczu w ranie. (Rycina 8-ma).



Ryc. 8. — Zwyczajny zgłębnik rowkowany na końcu zagięty i igła tępa z mandrynem, tworzą instrumentarjum Calvé'go. (Na rycinie igła jest bez mandrynu).

3) Mandryn tej grubości co zgłębnik i tak samo jak poprzednie instrumenty wygięty. W moim przypadku używałem tylko dwóch instrumentów t. j. zgłębnika i igły i to mi wystarczyło.

Celem Calvé'go jest dostanie się do przestrzeni przedrdzeniowej zgłębnikiem i igłą tępo zakończoną właśnie w tym celu, aby nie skaleczyć rdzenia. Jedyna możliwa droga prowadziła wszystkich operatorów przez stronę tylną grzbietu po prawej lub lewej stronie od wyrostków kolczastych kręgów. Tą drogą poszedł także Calvé z tą różnicą, że nie nożem, a tylko zgłębnikiem i igłą. Należy przypomnieć stosunki anatomiczne miejsca operacji, inaczej droga, którą autor obrał, byłaby dla nas niezrozumiałą.

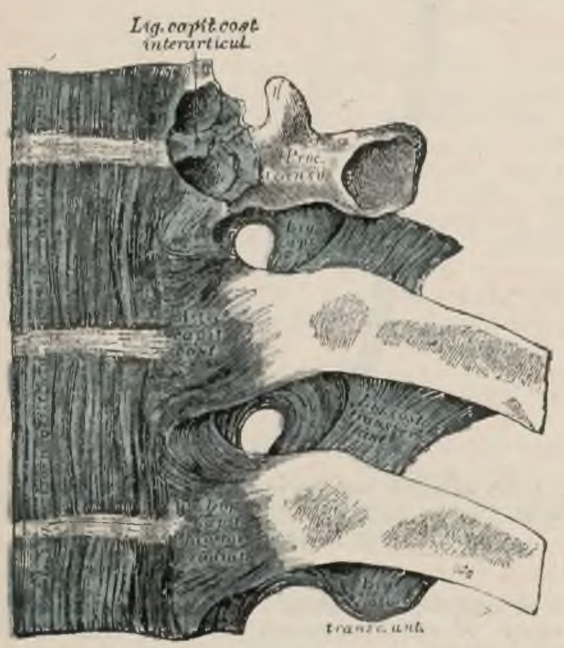
Wyrostek poprzeczny *(processus transversus)* kręgu, tworzy z wyrostkiem stawowym łuku (nasadą) tego samego kręgu kąt, wyraźnie prosty. Idąc od tyłu ku przodowi (w linji strzałkowej) w tym kącie natrafimy na otwór międzykręgowy *(Foramen intervertebrale)*, który jest w bocznej ścianie kręgu, a utworzony jest z nasady łuków dwu kręgów; górnego i dolnego. Operator musi trafić w ten otwór. Otwór kręgowy od przodu ograniczony jest ścianą jednolitą tylnej strony trzonu, należącego do górnej połowy otworu, tylną ścianę zaś stanowi wyrostek stawowy *(processus articularis)* kręgu dolnego, na którym od tyłu i zewnątrz leży dachówkowato taki sam wyrostek kręgu górnego. Wnętrze otworu wyściela więzadło torebkowe *(ligamentum capsulare)*, którego celem jest spojenie wyrostków stawowych kręgów, a którego budowa jest taka, że wyściela wnętrze stawu jakby gniazdko (Rycina 9).

———

[1]) Igłę sporządził dla mnie p. Juljan Trepczyński ul. Dominikańska we Lwowie. Instrumenta Calvé'go pochodzą ze znanej firmy Collina w Paryżu.



Ryc. 13. Przekrój poprzeczny kręgosłupa z widocznemi splotami naczyń żylnych. (Wedle altasu Toldta).

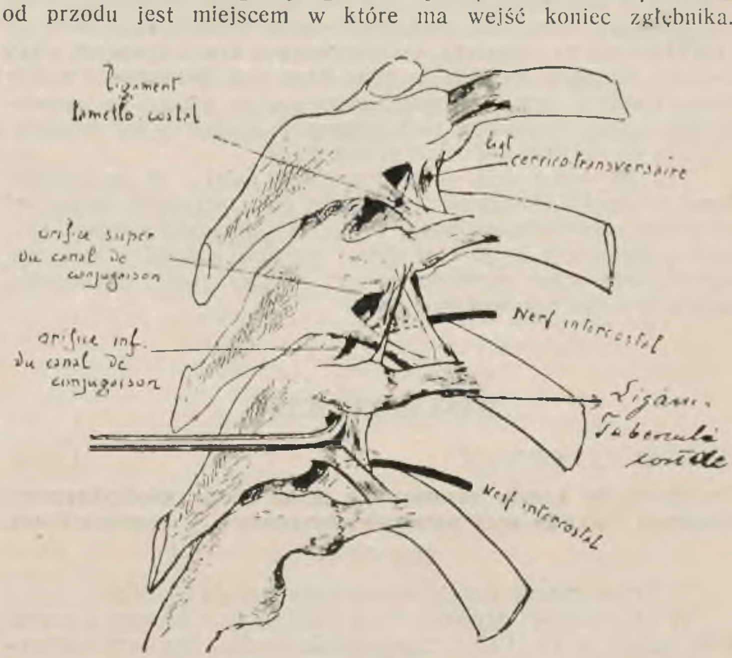


Ryc. 9. Otwory międzykręgowe widziane od wewnątrz i z boku.



Ryc. 12. Tętnica zaopatrująca stronę tylną trzonu kręgowego schematycznie wedle Lexera.

Dolne więzadło szyi żebrowej *(lig. c. c. infer.* francuskie: *lamello - costal)* dzieli wejście od otworu kręgowego na dwie części: górną i dolną. Otwór górny ograniczony więzadłem *l. c. c. posterius* od przodu jest miejscem w które ma wejść koniec zgłębnika.

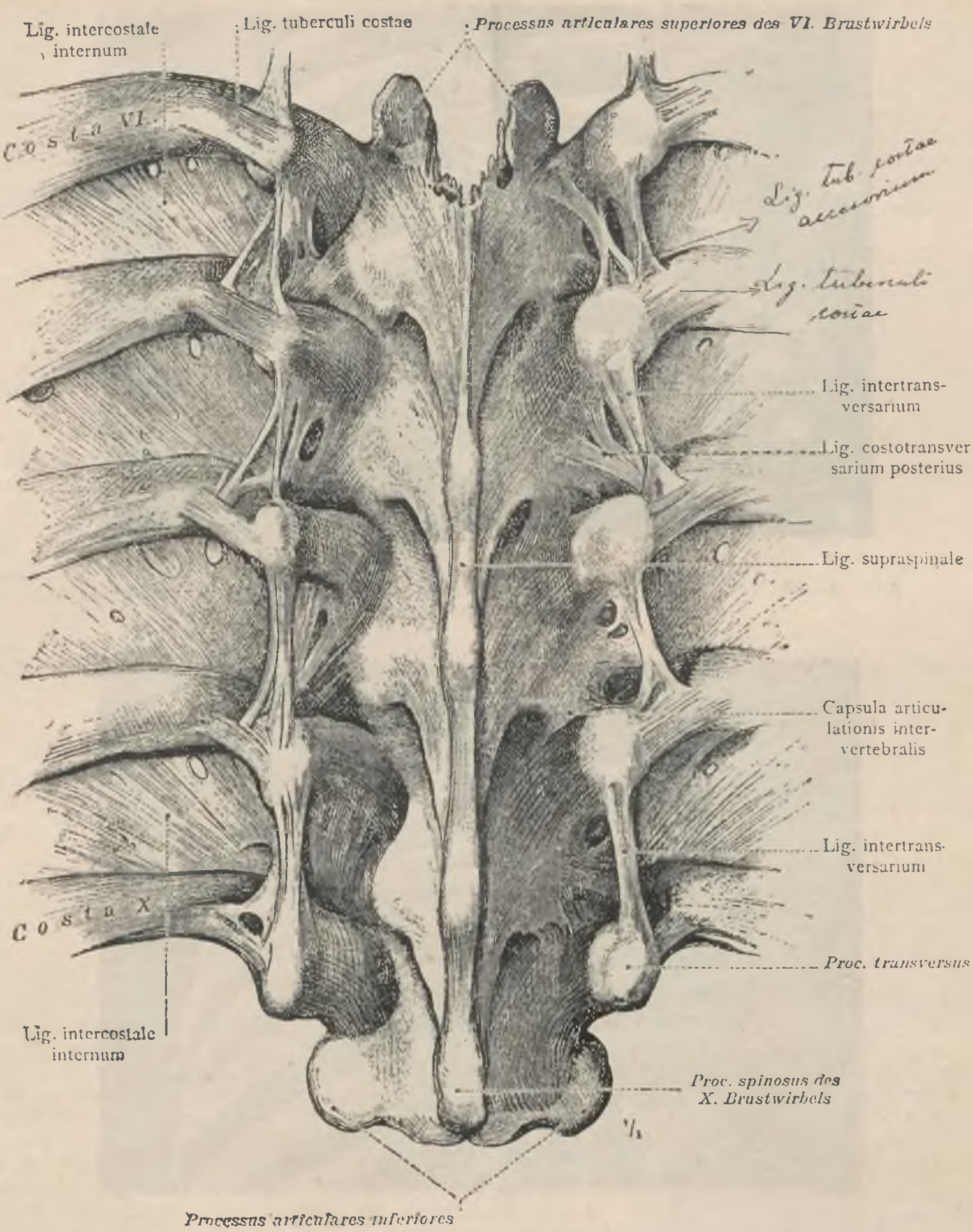


Ryc. 10. (Z pracy Calvégo). Akt trzeci, sonda weszła do otworu międzykręgowego.

Na zewnątrz otworu międzykręgowego znajdują się więzadełka, o których ogólnie można powiedzieć, że biegną od wyrostków poprzecznych kręgów i wyrostka stawowego do szyjki żebra niżej położonego, lub od wyrostka poprzecznego górnego kręgu do sąsiada niżej położonego. *Ligamentum colli costae posterior,* które autor mianuje *„ligament cervico - transversaire,* odchodzi od dolnego brzegu wyrostka poprzecznego, biegnie w dół i na zewnątrz do szyjki poniżej leżącego żebra.

Dolne więzadło szyi żebra (francuskie *lig. lamello-costal)* od podstawy łuku skośnie w dół do szyjki. Prócz tego więzadło między wyrostkami poprzecznemi, równoległe do linji środkowej od jednego wyrostka poprzecznego do niżej leżącego, a w końcu więzadło guzka żebrowego, wzmocnienie stawu, jaki wytwarza główka *(tuberculum)* żebra na jego wygięciu z wyrostkiem poprzecznym kręgu, o który opiera się w swoim przebiegu. Rycina 10, wzięta z pracy Dra Calvé daje obraz tych stosunków anatomicznych. Dodam, że w dostępnych mi podręcznikach anatomji opisowej okolica, o której mowa, traktowana jest pobieżnie, a ryciny są bardzo liche. Czas nie pozwala mi na opracowanie preparatu, któryby dokładnie przedstawił stosunki anatomiczne, a co najważniejsza, położenie wzajemne więzów, naczyń i t. p. Dodatkowo wykonam tę pracę później.

Otwór wejściowy ograniczony jest przez więzadła między wyrostkami poprzecznemi *(franc. lig. cervico-transvers.)* i więzadłem dolnem szyi żebra *(franc. ligam. lamello-costal.).* Porównaj ryciny 10 i 11.



Ryc. 11. Więzadła tylnej strony kręgosłupa według atlasu Toldta.

Otwór dolny, ograniczony od przodu *lig. c. c. interius* franc. *lamello - costal),* od dołu górnym brzegiem wyrostka poprzecznego kręgu niższego, nie jest wzięty pod uwagę z tego względu, że na dnie jego znajduje się nerw i naczynia *(passage aux nerf et vaisseaux).* Jeżeli chodzi o tętnice międzykostne i żebrową, to oddalenie jej od miejsca więzadeł jest znaczne. Odchodzi ona od tętnicy piersiowej i kierunek jej zdąża ku brzegowi dolnemu żebra, w miejscu zaś odpowiadającem otworowi międzykręgowemu tworzy łuk znacznie ku przodowi. Na tylnej ścianie trzonu biegnie mała tętniczka, która daje gałązki do środka trzonu każdego kręgu (Lexer, Ryc. 12 wzięta z jego podręcznika). Naczynie to, wziąwszy pod uwagę stan chorobowy kręgu, wytworzenie ropnia i t. p., nie odgrywa żadnej roli. Zwój kręgowy nie jest przeszkodą z zgłębnikowaniu kanału, ponieważ jest to twór mały, na dnie otworu leżący.

Wnętrze kanału rdzeniowego wypełnione jest splotami naczyń żylnych i to tak na przedniej, jak i na tylnej stronie kanału. Naczynia te, przy zmianach zachodzących w kręgu, nie będą odgrywać roli (Ryc. 13. Wedle atlasu Toldta).

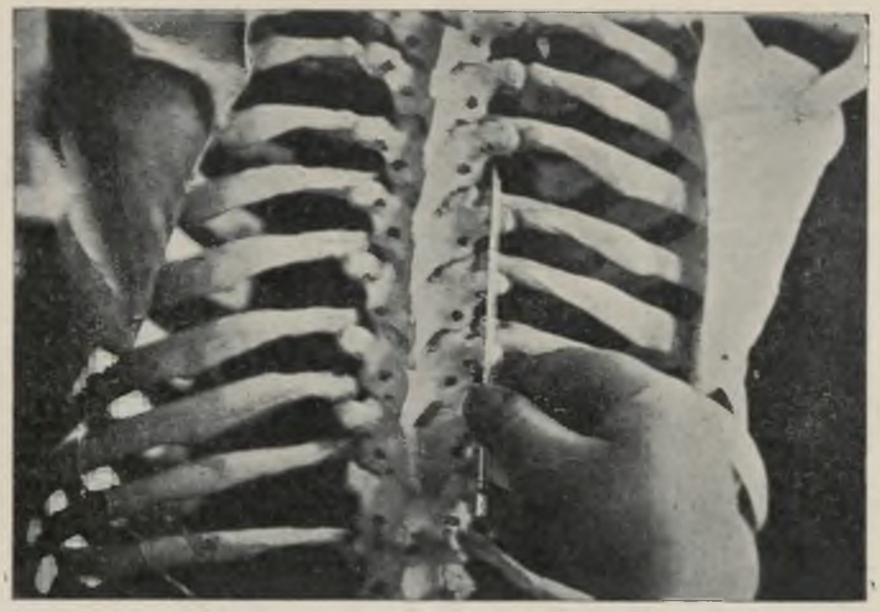
Na zakończenie tego rozdziału anatomii opisowej należy zwrócić uwagę na dwie rzeczy; na to, że odległość kąta, jaki tworzy wyrostek poprzeczny z nasadą wyrostka stawowego, leży mniej więcej w odległości dwu cm na zewnątrz od wyrostka kolczastego, i na to, że koniec wyrostka kolczastego odpowiada kręgowi wyżej położonemu od tego, w którego otwór wejść zamierzamy. Odcinek części kośćca kręgosłupa dokładnie interesowanego pouczy.

Technika zabiegu Calvé'go.

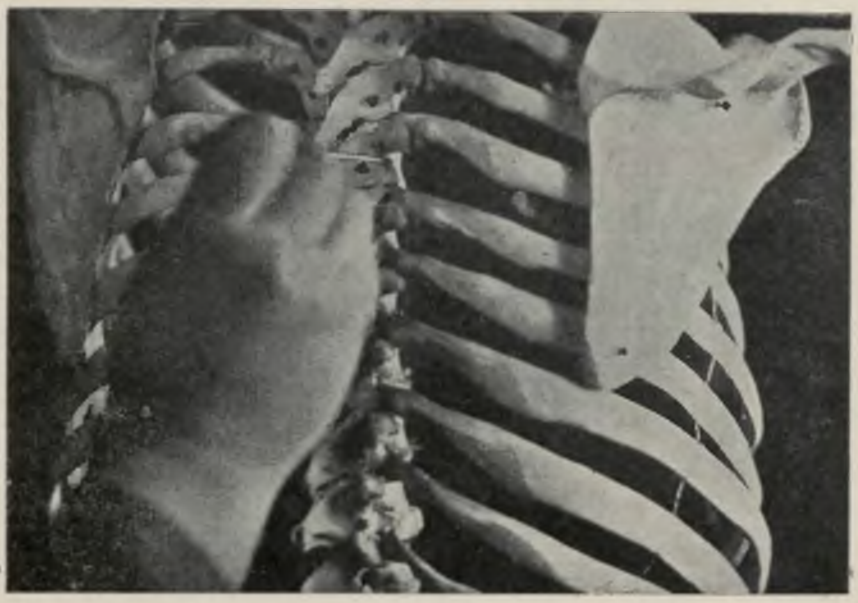
Neurolog oznacza dokładnie odcinek rdzenia uciskanego. W moich przypadkach oznaczał miejsce ucisku kol. Domaszewicz, tak przez badanie neurologiczne, jako też i przez zastrzyk lipjodolu, który jest bezbolesny i nie sprawia żadnych niepożądanych objawów. Rycina 24 przedstawia zdjęcie rentgenowskie wykonane u chorej po zastrzyku lipjodolu, która na dalsze leczenie nie zgodziła się, tak że nie można było wykonać nakłucia Calvé'go.

Chorego układamy na brzuchu, oczyszczenie bezgnilne skóry, jako też jak najdokładniejsze wyjałowienie rąk lekarza jest samo przez się zrozumiałe. Odliczamy wyrostek kolczasty kręgu wyżej położonego i od końca jego na odległość dwu cm w bok w linji poziomej robimy na skórze wązkim, kańczastym nożykiem nakłucie aż do kości. Koniec instrumentu włożony w tak powstały otwór spoczywa na powierzchni tylnej wyrostka stawowego kręgu.

I. Akt. Przez szparę uczynioną w skórze wprowadza się zgłębnik rowkowaty i odpowiednio zgięty. Trzon zgłębnika leży równolegle do linji wyrostków kolczastych jak i do ściany klatki pier-



Ryc. 14. Akt I. Trzon zgłębnika leży równolegle do linji wyrostków kolczastych i do ściany klatki piersiowej.



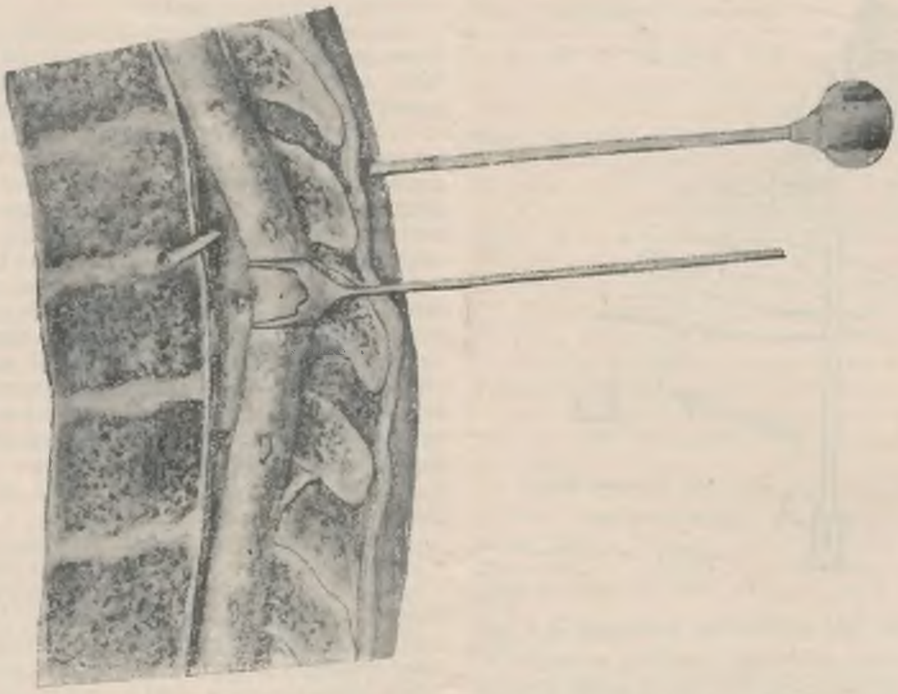
Ryc. 15. Akt II. Koniec zgłębnika oparty o kąt wytworzony przez wyrostek poprzeczny i blaszkę łuku. Obrót zgłębnika o 90 stopni tak, że instrument leży wpoprzek kręgosłupa.



Ryc. 16. Akt III. Koniec instrumentu w kanale rdzeniowym wszedł przez otwór międzykręgowy, instrument tworzy kąt rozwarty z płaszczyzną klatki piersiowej.

(Fotografja klatki piersiowej od przodu).

siowej. Silnie trzymając, staramy się końcem zgłębnika oprzeć o powierzchnię tylną wyrostka stawowego. (Ryc. 14). Skoro ręka uczuje oparcie o kość zaczyna wykonywać ruchy skrobiące po kości od dołu ku górze, posuwając się ciągle na zewnątrz od kręgosłupa. Skrobanie po kości wyraźnie ręka odczuwa. Gdy instrument dosięgnie brzegu wyrostka stawowego, natrafia na części miękkie, co odrazu ręka wyczuje, i z tą chwilą posuwa się koniec instrumentu po brzegu ku górze, aż dojdzie do kąta, jaki tworzą wyrostek poprzeczny z wyrostkiem stawowym. (Ryc. 14). Część drogi szczęśliwie przebyto.



Ryc. 17. (Wedle preparatu uzyskanego z ćwiczeń na zwłokach). Przekrój poprzeczny kręgosłupa po wprowadzeniu instrumentu Calvé'go do kanału rdzeniowego.

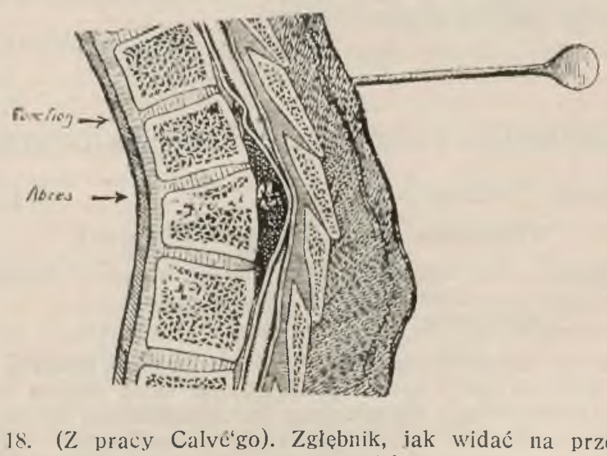
II. Akt. Trzymając mocno i z czuciem koniec zgłębnika opartego o kąt wyżej wspomniany, wykonywamy końcem instrumentu ruch w kierunku na przeciwną stronę od miejsca nakłucia, nie oddalając instrumentu od powierzchni klatki piersiowej tak długo, aż powstanie kąt 90 stopni. W tem położeniu trzon zgłębnika przecina poprzecznie wyrostki kolczaste. (Ryc. 15).

III. Akt. Podnosimy koniec zgłębnika w górę od klatki piersiowej i ku stronie po której operujemy, po poprzedniem upewnieniu się, że koniec ciągle nie stracił oparcia o kąt. Koniec instrumentu wszedł teraz w otwór międzykręgowy. Dalej nie posuwa Calvé zgłębnika, wyjmuje go i wkłada zamiast niego identycznie wygięty i tych samych rozmiarów mandryn tępo zakończony. Wprowadza go takiemi samemi ruchami jak zgłębnik, aż do tej chwili i do tego miejsca co zgłębnik. Po chwili wyjmuje mandryn i to samo, co z poprzedniemi instrumentami, powtarza z igłą powyżej opisaną. Igłą wykonywa identyczne ruchy i dochodzi do położenia, w którem igła ma kierunek prostopadły do ściany klatki piersiowej, a koniec jej tkwi w kanale rdzeniowym. Teraz następuje zakończenie. Z linji pionowej prowadzi igłę (trzon) na stronę zewnętrzną po stronie zabiegu tak, że zgłębnik tworzy z powierzchnią klatki piersiowej kąt nieco rozwarty. (Ryc. 16). Wyjmujemy mandryn z środka igły, a jeżeli wypływ nie nastąpi samoczynnie, wypompowujemy zawartość ropnia. (Ryc. 17).

Krytyka sposobu Calvé'go.

Autor sam wspomina, że sposób jego spotkał się z mniej lub bardziej uzasadnioną krytyką naturalnie na podstawie tylko danych teoretycznych. Wszystkie nowe sposoby, mające cechę genjalności nie są mile widziane, to samo było z gwoździem Steinmanna, który przecież zyskał powszechne prawo obywatelstwa. Jeżeli mówić o krytyce tego sposobu, to tylko dlatego, że w ramach tej krytyki dadzą się zmieścić zapytania łącznie ze sprawą zgłębnikowania poprzednio opisanego. Zatem trudność wykonania? Zobaczą Panowie, że nie jest on trudnym, jeśli wykonałem go idąc tylko śladami wskazówek pracy Calvé'go. Niepowodzenia, t. j. wyniki ujemne zgłębnikowania mogą mieć przyczynę, albo w mylnym wyborze miejsca czyli, że nakłuwa się powyżej lub poniżej ropnia), poucza o tem rycina 18, którą wziąłem z pracy autora) lub też w braku ropnia. Trudno wydobyć ropę z miejsca, w którem jej niema. Wreszcie zdarzało się i samemu autorowi, że natrafił na masy serowate, których znikomą ilość zdołał wydobyć przez igłę. Fakt, że igła dotknęła mas serowatych, będących — jak Calvé mówi — pod pewnem ciśnieniem, wystarcza, aby to ciśnienie zmniejszyć, a tem samem i ucisk na rdzeń, cel samego zabiegu. W samej rzeczy po tego rodzaju wydobyciu małej ilości serowatej masy następowała poprawa. Na tego rodzaju fakta należy się przygotować, bo jak doświadczenie Calvé'go poucza, na 10 przypadków sondowanych, 9 razy natrafił na masy serowate, a raz jedyny na płynącą ropę. W moim pierwszym przypadku byłem szczęśliwszym pod tym względem.

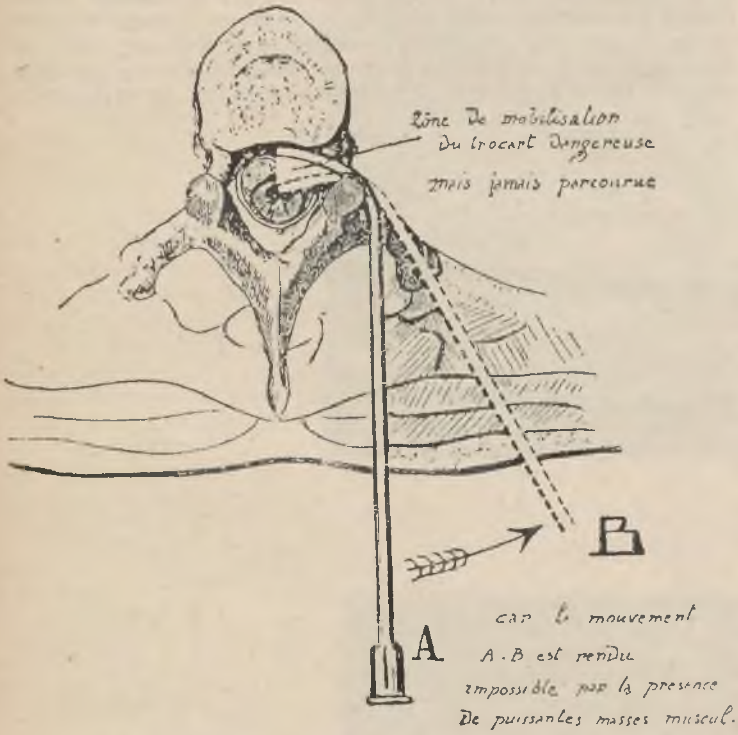
Wreszcie pewne wątpliwości nasuwają się co do manipulacji igłą w miejscu zdaje się bardzo niebezpiecznem. Igła nie może pójść inną drogą (miękką), jak tylko tą, którą opisałem. Jeżeli



Ryc. 18. (Z pracy Calvé'go). Zgłębnik, jak widać na przekroju podłużnym przez kręgosłup i ropień uciskający rdzeń, wszedł powyżej ropnia, skutkiem czego wynik nakłucia musi być ujemny pomimo istnienia ropnia.

z drogi tej zboczy, natrafia wszędzie na ściany kostne, co ręką dokładnie i w tym samym momencie wyczuwa się, a wówczas szuka się wejścia ostrożnemi ruchami, i napewno wejść się musi. Z chwilą wejścia do kanału i w momencie odchylania zgłębnika z położenia prostopadłego do płaszczyzny klatki piersiowej, w kąt rozwarty do niej, może nasunąć się myśl, że koniec zgłębnika przetnie rdzeń w kierunku od przodu ku tyłowi. Takie rozumowanie byłoby słuszne, gdyby nie pewne „ale“. Otóż z chwilą wejścia zgłębnika do otworu kręgowego opiera się on tak silnie i mocno

o brzegi masy mięśni grzbietowych i skórę, że ma się wrażenie wbitego w ścianę gwoździa. Można powiedzieć, iż zgłębnik siedzi, jak murowany. Wobec tego płaszczyzna możliwego ruchu końca igły w kanale rdzeniowym i przed rdzeniem (patrz rycina 19, którą również wziąłem z pracy Dra Calvé'go) jest minimalną,



Ryc. 19. (Z pracy Calvé'go). Na rycinie tej przedstawiony jest jeden z zarzutów, jaki czyniono zabiegowi Calvé'go, a to możliwość uszkodzenia rdzenia końcem instrumentu w akcie trzecim operacji. Jeżeli instrument siedzi w otworze międzykręgowym niemożliwem jest końcem instrumentu, który trzymamy w ręku, wykonać drogę od A do B, ponieważ masy mięśniowe, przez które instrument przeprowadziliśmy, na ruch taki pozwolić nie mogą.

a to tembardziej, że poprzednio dokładnie na kręgu wyginałem koniec instrumentów i że ropień odsunął od ściany przedniej rdzeń ku tyłowi. Zresztą ciekawych odsyłam do pracy Dra Calvé'go. w której znajdzie opis licznych doświadczeń na zamarzniętych zwłokach i bardziej przekonywujących od mego tok rozumowania. Sondowanie robiłem sam już 5 razy. Za każdym razem miałem uczucie pewności większe, niż się go ma w niektórych cięższych momentach operacji preparacyjnej!

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leopold GERHARDT. Lwów.

Wielowodzie ostre. *(Hydramnion acutum).*

Z oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Prymarjusz: Doc. Dr. St. Mączewski.

Sprawa ostrego nadmiaru wód płodowych mimo licznych prac tak klinicznych jak i doświadczalnych, jest wciąż jeszcze niezupełnie wytłumaczona i dlatego nadal jest zagadnieniem bardzo ciekawem z punktu widzenia teoretycznego i klinicznego.

W ostatnich czasach spotyka się w piśmiennictwie coraz rzadziej wzmianki o tem powikłaniu. Składa się na to niewątpliwie niezwykle rzadkie występowanie tego schorzenia. Okoliczność, że ostre wielowodzie spotyka się w położnictwie rzadko, skłania nas do opisania przypadku, jaki mieliśmy sposobność spostrzegać na oddziale położniczym Szpitala Powszechnego we Lwowie — tembardziej, że w kazuistyce polskiej ogłoszone są tylko dwa podobne przypadki.

Chora F. C. (L. prot. 176/31), lat 34, podała następujące wywiady: dwa razy rodziła, siłami natury, ostatnio przed siedmioma miesiącami. Nie roniła. Obecnie znajduje się w okresie karmienia. Chorób przebytych nie pamięta. Na oddział zgłosiła się z powodu bardzo silnego i szybkiego powiększenia się brzucha, uczucia ciężkości i rozpierania, duszności i szybkiego męczenia się w czasie ruchów, dalej z powodu bólów w jamie brzusznej i kończynach dolnych.

Przedmiotowo stwierdzamy chorą wzrostu średniego, wątłej budowy kośćca, odżywienia podupadłego, o bladej skórze. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno przyśpieszone, 104 na minutę, wyraźna duszność. Oddechy powierzchowne i szybkie. Na głowie i szyi zmian żadnych się nie stwierdza, klatka piersiowa dzwonowata. Dolna granica płuc przesunięta nieco ku górze. W dolnych partjach obustronnie słyszalne trzeszczenia. Serce w granicach prawidłowych. Nad wszystkiemi ujściami po dwa tony. Sutki obwisłe za uciskiem wydzielają mleko.

Brzuch w całości jest bardzo silnie powiększony. Powłoki brzuszne są napięte, skóra lśniąca. Na skórze, obok niewielkiej ilości starych blizn, liczne świeże rozstępy. Obwód brzucha na wysokości pępka 110 cm. Obmacywaniem w pozycji leżącej i w pozycji kolankowo-łokciowej żadnych stalszych części w jamie brzusznej wyczuć nie można. Wypuk nad brzuchem stłumiony, w partjach bocznych bębenkowy. Wyraźne chełbotanie drobnofaliste. Przysłuchem nic się nie stwierdza. Kończyny bez zmian. Miednica prawidłowa. Mocz bez zmian. Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego ujemny. Ciśnienie krwi 115/105 mm Hg.

Rozpoznanie, które wahało się między olbrzymią torbielą jajnikową, a ciążą z nadmiarem wód płodowych wyjaśnia badanie wewnętrzne: srom i pochwa wieloródki, błona śluzowa wybitnie zasiniona. Część pochwowa uniesiona ku górze, rozpulchniona, przechodzi bezpośrednio w guz, macalny przez powłoki brzuszne. Ujście zewnętrzne szparowate, rozwarte na jeden palec. Kanał szyjki nieznacznie zwęża się ku górze. Poza ujściem wewnętrznem stwierdza się w jamie macicy pęcherz płodowy utrzymany, silnie napięty a poza błonami opór twardy, okrągły, mogący odpowiadać główce płodu.

Następnego dnia po przyjęciu chorej rozpoczęła się przedwcześnie czynność porodowa, w czasie której pękł pęcherz płodowy i wylała się pod silnem ciśnieniem wielka ilość wód płodowych, którą oceniliśmy na około 10 litrów. Wkrótce po odejściu wód urodził się płód płci męskiej, wagi 480 g, długości 29 cm. Dopiero teraz mogliśmy wymacać w jamie brzusznej macicę lekko obkurczona, sięgającą do wysokości pępka, a w niej obecność drugiego płodu w położeniu czaszkowem drugiem. Tętno płodu wyraźnie słyszalne po stronie prawej, wyżej spojenia łonowego. W godzinę po urodzeniu się pierwszego płodu pojawił się w szparze sromowej drugi pęcherz płodowy, po przebiciu którego odeszło około 100 cm^3 wód i urodził się płód również płci męskiej, wagi 240 g, długości 22 cm. Wkrótce potem z powodu silnego krwotoku wygnietliśmy łożysko sposobem Credé'go, a skutkiem niedowładu wytamponowaliśmy macicę i pochwę. Silny krwotok oraz gwałtowne obniżenie ciśnienia śródbrzusznego były przyczyną zapadu, który jednak po zastosowaniu infuzji fizjologicznego roztworu soli kuchennej i środków nasercowych szybko ustąpił.

Łożysko wspólne dla obu płodów ważyło 360 g, było 29 cm długie, 23 cm szerokie. Błony płodowe odeszły w całości. Tworzyły one dwa worki, złożone z kosmówki i owodni. Przegroda, oddzielająca oba worki, składała się z dwóch blaszek owodni. Podczas dokładniejszego oglądania stwierdziliśmy, że łożysko składało się jakby z dwóch części. 3/4 część łożyska była znacznie grubsza, od niej odchodziła pępowina gruba z licznemi skrętami. Wszystko obrzękłe, wybitnie sine. 1/4 zaś była cienka, a jej pępowina również cienka i bez skrętów.

W trzecim dniu połogu wśród gorączki i dreszczów chora poczęła się skarżyć na bóle w okolicy lędźwiowej. W moczu znaleźliśmy białko w ilości 0,015%, liczne ciałka ropne i złuszczone nabłonki. Objawy te jednak szybko ustąpiły po zastosowaniu *hemthysal'u, helmitol'u* i odpowiedniej diety.

W jedenastym dniu połogu chora opuściła szpital wyleczona. Jak z rozmiarów płodów wynika mieliśmy do czynienia z poronieniem w piątym miesiącu ciąży. Jednakowa płeć obu płodów, jedno wspólne łożysko i tylko dwie blaszki owodni, składające się na przegrodę, oddzielającą oba worki płodowe przemawiają niewątpliwie za tem, że była to ciąża bliźniacza jednojajowa. Poronienie to było spowodowane ostrym nadmiarem wód płodowych w jednym worku płodowym, wody nadmiernie rozciągnęły macicę co spowodowało przedwczesną czynność porodową. W drugim worku płodowym znaleźliśmy tylko 100 cm^3 wód. Według Prochownika, ilość wód płodowych w piątym miesiącu powinna przynajmniej wynosić około 135 cm^3.

Że właśnie ciąża bliźniacza jednojajowa wytwarza najczęściej tego rodzaju stosunki, iż w jednym worku płodowym stwierdzamy nadmiar wód, a w drugim zmniejszoną jej ilość — opisuje po raz pierwszy S c h a t z już w roku 1876. Mechanizm powstania tegoż tłumaczy S c h a t z, K ü s t n e r, W e r t h i inni t. zw. „trzeciem

krążeniem". Polega ono na ścisłem połączeniu systemu naczyniowego obu płodów, wyrażającem się nietylko grubemi anastomozami powierzchownych naczyń tętniczych i żylnych obu płodów, ale też wspólnością mniejszej lub większej ilości zrazów we wspólnem dla obu płodów łożysku. Stwierdzić to można przez nastrzykiwanie łożyska jakimkolwiek płynem, (najlepiej mleko rozcieńczone) wstrzykiwanym raz przez jedną, a raz przez drugą pępowinę. Znajdziemy wtedy część łożyska, która zawsze obrzmiewa bez względu na to, przez którą pępowinę dany płyn będziemy wstrzykiwać. Jeszcze lepiej jest wypełnić naczynia środkiem kontrastowym (zawiesina barowa) i wykonać zdjęcie rentgenowskie, jak to podali autorowie francuscy Brindeau i Boussin.

Zachodzi teraz pytanie, w jaki sposób takie stosunki anatomiczne w układzie naczyniowym w łożysku mogły się przyczynić, względnie mogą być jedyną przyczyną w wytwarzaniu się tak różnej ilości wód w obu workach płodowych, a powtóre, co jest przyczyną tak ostrego powiększania się tegoż niestosunku.

Według Hinselmanna, sprawa ma się następująco: jeśli w jednem jaju płodowem rozwijają się dwa płody, to zwykle udział ich w łożysku już od samego początku nie jest równy. Jeden płód bierze w posiadanie większą część łożyska, drugi mniejszą. Nie ma to żadnego znaczenia, dopóki jaje płodowe znajduje pożywienie na całym swym obwodzie. W miarę rozwoju jaja z przyczyn czysto mechanicznych, z powodu ucisku, zanika *decidua capsularis* i od tej chwili odżywianie jaja płodowego zależy tylko od części podstawowej t. j. od *decidua basalis*. Nierówny natomiast udział obu płodów w doczesnej podstawowej z natury rzeczy musi doprowadzić do nierównego rozwoju płodów i do różnej ilości wód płodowych.

Płód z większem łożyskiem mieć będzie również większą ilość krwi i większe ciśnienie; to spowoduje obfitsze przepacanie płynu z naczyń łożyska i pępowiny do komórek wyściółki nabłonkowej owodni (według badań Polana, Mandla i Bondiego), które odpowiednio podrażnione energiczniej produkować będą wody płodowe. Z drugiej strony płód wraz z większym dopływem krwi otrzyma również większą ilość substancyj odżywczych, a więc będzie stale przekarmiany. Zaznacza się to dobitnie na jego wadze i rozwoju poszczególnych narządów, zwłaszcza narządu krążenia i wydzielania (serce, nerki, wątroba). Inaczej ma się sprawa z drugim płodem, czerpiącym soki odżywcze z mniejszego łożyska. Z powodu mniejszej ilości krwi i mniejszego ciśnienia produkcja wód będzie znacznie mniejsza, a w następstwie stałego głodzenia płód będzie znacznie słabiej rozwinięty.

Sprawę tę jednak wikła to, że granica między krążeniem krwi obu płodów w łożysku nie jest stała, lecz zmienna. Wszak mamy tu według Schatza ścisłe połączenie nietylko tętnic, żył, ale tętnic i żył ze sobą. Stąd krew jednego płodu i to płodu silniejszego przelewa się do naczyń płodu słabszego, zasilając go w ten sposób pewną ilością krwi, przez co podnosi jego ciśnienie. Jeśli przyjmiemy, że dopływa tylko krew odprowadzona z łożyska do płodu, a zatem krew, wyposażona w świeży materjał palny, to dzięki temu dowozowi substancyj odżywczych powinno raczej wyjść to na korzyść tego płodu, tak pod względem rozwoju samego płodu, jak i ilości wód płodowych. Słabszy rozwój płodu i mniejsza ilość wód płodowych byłaby w tych wypadkach zrozumiała dopiero wtedy, gdyby takiego połączenia naczyniowego nie było. To połączenie jednak jest i skłonni jesteśmy przypuszczać, że jest ono wyrazem samoobrony natury, która w ten sposób chce właśnie zapobiec niedorozwojowi jednego płodu. Płód z mniejszem łożyskiem zapożycza sobie poprostu nieco krwi od drugiego, który jej ma za dużo. Inaczej ma się sprawa w przypadkach, kiedy krew doprowadzona do słabszego płodu jest krwią odtlenioną. Wtedy to istotnie musi przyjść do głodzenia płodu i do następstw tego głodzenia w postaci słabszego rozwoju. Co się natomiast tyczy produkcji wód płodowych, to zwiększoną ilością krwi żylnej nie można znowu wytłumaczyć zmniejszonej ilości wód. Cały szereg autorów bowiem, jak Lebediew, Gottschalk, Nieberding, Ling i inni opisują przypadki wielowodzia i wprost przeciwnie uważają zastój żylny w krążeniu płodowem za przyczynę wielowodzia. Zdaje się więc, że teorja Schatza i uzupełniające tłumaczenie Hinselmanna niezupełnie wystarczają do wytłumaczenia tego zjawiska.

Już w zupełnej sprzeczności z teorją „trzeciego krążenia" stoi przypadek Turnbulla i przypadek Piotrowskiego, którzy opisują ostry nadmiar wód płodowych w obu workach płodowych w przebiegu ciąży bliźniaczej jednojajowej.

Niektórzy autorowie starają się wytłumaczyć nadmiar wód zwiększonem wydzielaniem moczu u płodu większego, opierając się na przeroście nerek i narządu moczowego. Większy przepływ krwi pod większem ciśnieniem przez nerki może być bodźcem do zwiększonego wydzielania. Temu zapatrywaniu przeczy jednak przypadek Sallingera, który opisał wielowodzie w przypadku ciąży bliźniaczej jednojajowej w niedrożności cewki moczowej. Schatz wprawdzie tłumaczy to zjawisko tem, że niedrożność cewki powstała dopiero następowo po poprzedniej dłuższej polyurji. Trudno jednak przypuścić, aby raz istniejąca polyurja mogła dopuścić do zarośnięcia cewki, jak to słusznie podnosi Hinselmann.

Inni znowu uważają za przyczynę wielowodzia zmniejszone ubywanie wód wskutek tego, że płód nie połyka wód. Według Cramera i Ahlfelda dzieje się to z przyczyn mechanicznych, jak naprzykład wskutek wrodzonej niedrożności przełyku, w stanach, jak *agnatia, micrognatia, rachischisis*, według zaś Oppochera z przyczyn nerwowych jak to ma miejsce w *anencephalus, hemicephalus, spina bifida*. Tego rodzaju jednak zapatrywanie jest mało prawdopodobne.

Klinicznie spotykamy wielowodzie w zaburzeniach chorobowych matki jak np. cukrzyca, kiła, choroby serca i nerek, urazy, częściej zaś w zaburzeniach w krążeniu u samego płodu, u którego wskutek zmian w łożysku *(chorioangioma)*, czy w pępowinie (węzły pępowiny, błoniasty przyczep pępowiny, *stenosis venae umbilicalis)*, czy też w samym płodzie (wady serca, kilaki wątroby) przychodzi do zastoju żylnego i tak do podniesienia ciśnienia żylnego krwi.

Często spotyka się wielowodzie też w zaburzeniach rozwojowych płodu takich, jak *ectopia vesicae, spina bifida*. W tych przypadkach Winckel i Strassmann tłumaczą wielowodzie wzmożonem wydzielaniem ogołoconej z naskórka powierzchni ciała płodu.

Bezwzględnie większa część autorów uważa za przyczynę wielowodzia zaburzenie w krążeniu u płodu albo też u matki. Również i w naszym przypadku stwierdziliśmy tak w płodzie, jak i w łożysku i pępowinie wybitne zastoinowe objawy.

Na podstawie dotychczasowych wiadomości musimy jednak przyjąć różne sposoby i drogi nadmiernego gromadzenia się wód płodowych.

Ostry nadmiar wód płodowych spotykamy zwykle w pierwszej połowie ciąży, najczęściej w czwartym i piątym miesiącu, czasem jednak już i w trzecim. Naogół spotyka się je bardzo rzadko. Sion, który podaje największy odsetek wielowodzia, bo aż 5.8%, widział ostre wielowodzie na 620 przypadków tylko 8 razy. Bequain na 12.000 porodów opisuje tylko jeden raz ostry nadmiar wód płodowych.

Jako przyczynę ostrego gromadzenia się wód płodowych przyjmuje Küstner i Scheib niedomogę narządu krążenia i zastój żylny. Takie zmiany wykazuje po największej części sekcja.

Rozpoznanie ostrego wielowodzia napotyka często na duże trudności, tem bardziej, że zdarza się zwykle w pierwszej połowie ciąży, kiedy pewnych objawów ciąży t. j. objawów, stwierdzających obecność płodu w macicy, wykazać nie można. To też pomyłki zdarzały się nawet na najpoważniejszych klinikach. Kilkakrotnie autorowie (Wilson, Wolff) w przekonaniu, że mają do czynienia z olbrzymią torbielą jajnikową, wykonywali laparotomję. Cała trudność polega na wykazaniu ciąży jako takiej. Warnekros poleca prześwietlanie promieniami Roentgena. Obecnie możemy tu posługiwać się świeżo podaną przez Zondeka i Aschheima próbą biologiczną ciążową, wykonywaną na niedojrzałych myszkach. Próba ta daje nam w 98% dobre wyniki. Badanie zewnętrzne zwykle nie wystarcza, bo olbrzymia ilość wód płodowych i silnie napięte powłoki brzuszne nie pozwalają na wymacanie części składowych płodu. Tonów płodu zwykle też się nie słyszy. Schatz zwraca uwagę na więzadła obłe macicy w diagnostyce różniczkowej między torbielą jajnikową, a ciążą.

Leczenie wielowodzia może być tylko objawowe. O leczeniu przyczynowem może być mowa tylko w cukrzycy i kile. Głównie chodzi o usunięcie objawów, wynikłych z mechanicznego ucisku narządów przez silnie powiększoną macicę.

Scarpa i Petrus Camper polecają już w osiemnastym wieku w tym celu punkcję macicy. Punkcja ta, wykonywana przez powłoki brzuszne, ma tę wyższość nad przebiciem pęcherza płodowego drogą od pochwy, że po największej części nie wznieca bólów porodowych. W ten sposób można po ponownem nagromadzeniu się wód punkcję powtórzyć. Mimo jednak wszystko, po największej części nie udaje się ciąży doprowadzić do końca. Z reguły po kilku punkcjach przychodzi do poronienia.

Rokowanie dla matki *quoad vitam* przy zachowaniu pewnych ostrożności, zwłaszcza w trzecim okresie porodowym jest dobre.

Rokowanie dla płodów jest zawsze niekorzystne.

Piśmiennictwo.

Aichel: Zbl. f. Gyn. 1912. Nr. 2. — Bovi: Zbl. f. Gyn. 1924. Nr. 51. — Fraenkel: Zbl. f. Gyn. 1920, Nr. 2. — Hinselmann, Halban-Seitz: Biologie und Pat. d. Weibes, tom. VI. — Henkel: Zbl. f. Gyn. 1920. Nr. 41. — Lau: Zbl. f. Gyn. 1921. Nr. 26. — Piotrowski. Ginekologja Polska, 1927. — Schatz: Arch. f. Gyn. 1886. — Turnbull: Ztb. f. Gyn. 1912. — Warneckros: Arch. f. Gyn. 1919. — Wormser: Zbl. f. Gyn. 1920.

LIST DO REDAKCJI.

Kursy dokształcające dla lekarzy praktyków.

(Artykuł dyskusyjny).

Organizowane tak często obecnie kursy „dokształcające dla lekarzy praktyków" co do swojej formy i treści niewątpliwie wymagają omówienia, by dawały jakieś realne rezultaty. Mimo, że kierownictwa kursów same wyczuwają potrzebę tego omówienia, by uzyskać jakieś wytyczne dla programów kursów następnych, to jednakże szersza dyskusja na ten temat dotychczas nie została podjęta.

Na marginesie ostatniego kursu dokształcającego, który miał miejsce 15 — 28. III. b. r. przy Uniwersytecie Warszawskim pozwolę sobie skreślić kilka uwag, które się same nasunęły przy obserwacji przebiegu kursu.

1. Słuchacze. Słuchaczów kursu można podzielić na trzy grupy a) grupa traktująca kurs — jako wypoczynek w stolicy po monotonnej pracy na prowincji, b) grupa, która się zgłosiła celem przesłuchania tylko określonych wykładów względnie dla zajęć na upatrzonych z góry 1—2 klinikach, c) grupa (chyba najliczniejsza) przybyła dla zorjentowania się w nowych kierunkach lecznictwa czy też w ostatnich wynikach badań i t. p., a więc poszukująca „nowości".

Poziom słuchaczów był rozmaity: nie wszyscy słuchacze uprzytomnili sobie dokładnie cel uczestnictwa w kursie względnie to, co jest w kursie pożytecznego pod kątem widzenia praktyki codziennej, a więc co powinno się przyswoić, a co jest zbędnym balastem. Słuchacze nie byli przygotowani do poruszanych tematów, stąd wynikło to, że wykładowcy nie wiedzieli jak słuchaczów traktować co do poziomu wykładów i mimowoli obniżali ten poziom, a to znowu u szeregu słuchaczów budziło niezadowolenie, inni zaś słuchacze notowali rzeczy zbędne (jak naprzykład — ogólnie znane czy już opisane metody badań laborat.), lub też zadawali pytania niekiedy bardzo, powiedzmy, studenckie, nieprzemyślane.

2. Organizacja kursu, dział informacyjny, udogodnienia i t. p. były bez zarzutu. Jedyne zastrzeżenie budzi nadmiar godzin. Po godz. 18-tej, a szczególnie po 19-ej albo na wykładach malała ilość słuchaczów albo obecni nie byli w stanie dostatecznie skupić uwagi i wykorzystać wykład w pełni; tembardziej, że później jeszcze odbywały się posiedzenia naukowe, trwające niekiedy do 11 — 12 w nocy.

3. T e m a t y w y k ł a d ó w. Ogólnie — tematy były interesujące, może nie zawsze szczęśliwie ujęte (jeśli chodzi o młodszych kol. prelegentów). Co do poziomu, więc już wyżej zaznaczyłem, że poziom zapewne był uzależniony od poziomu słuchaczów. Mam wrażenie, że nadmiar nazwisk, zbyt szczegółowe uzasadnienie anatomo-patologiczne, zbytnie precyzowanie (zasadniczo-potrzebne) — może były zbędne ze względu na ograniczony czas wykładów; często prelegenci zanaczali, że tematu nie wyczerpali, trzeba było szukać czasu na „zakończenie" i przesuwać wskutek tego inne wykłady. Natomiast za mało się uwzględniało cel praktyczny: rozpoznanie metodami dostępnemi dla lekarza-praktyka, bardziej dokładna terapja (j. w.) oraz receptura. Pod tym względem dużośmy stracili na bardzo ciekawym wykładzie prof. Modrakowskiego o środkach nasercowych. Zresztą, jest to cecha ogólna wykładów uniwersyteckich (słuchałem wykładów na 3 uniwersytetach), że profesorowie terapję szczególnie farmakologiczną, amputują, podając ją bardzo ogólnikowo, mimo że tradycją lekarzy praktyków jest zapisywanie tasiemcowych recept, mimo, że 5—6 składników recepty wzięte razem często działają inaczej, niż to się wydaje teoretycznie.

4. Ć w i c z e n i a p r a k t y c z n e. Ćwiczeń praktycznych nie dało się należycie wykorzystać, ponieważ zbyt mało się uwzględniało to, czem dysponuje lekarz-praktyk: a więc zbędne były (ze względu również i na czas, który się tem zajęło) elektrokardjografy i t. p. przyrządy, niedostępne praktykowi (kilku słuchaczów chciało koniecznie się nauczyć odcyfrowywania elektrokardjogramu) albo badania laboratoryjne dla tych, kto nie posiada pracowni (jeden z kolegów dłuższy czas usiłował zapisać dimetylamidoazobenzol, do czego to służy e. t. c.) i t. d. Zajęcia praktyczne na kl. nerwowej (naprzykład) — polegały na opisaniu (znanych teoretycznie) odruchów i t. p., wtedy gdy ważniejszemi byłyby właściwie ćwiczenia praktyczne — t. j. wprawianie się słuchaczów w wywoływaniu tych odruchów. Stanął tu oczywiście na przeszkodzie zbyt ograniczony czas.

Podkreślam na tem miejscu wyłącznie cechy ujemne (według mnie) i zupełnie świadomie pomijam liczne wartości dodatnie, które decydują o ogromnym pożytku, jaki odnieśliśmy z kursu.

Na tle powyższych uwag nasuwają się następujące dezyderaty:

1. Słuchacze w granicach możliwości, dostępnej literatury etc. winni być przygotowani do tematów, wymienionych w programie kursu, wtedy zbędnem się stanie zapytanie: co to jest próżnia, — przy omawianiu porodu nieprawidłowego i t. p. Następnie, słuchacze winni wybrać z kursu tylko to, co jest realnem w warunkach ich praktyki, i pominąć to, czego nie stosują praktycznie np. metody badań laboratoryjnych i t. p., jeśli chodzi o pytania skierowane do prelegentów, zadawać je po... namyśle i po... wykładzie.

2. Organizacja kursu: rozłożyć wykłady tak by trwały od 9 do 19 godz. (najwyżej) z dwu godz. przerwą na obiad, oraz tak, aby gros wykładów (szczególnie tych z większym ciężarem gatunkowym) odbyło się przed obiadem. Na poobiednie godziny przeznaczać tematy natury ogólniejszej, nie wymagające większej pracy umysłowej. Zajęcia praktyczne winny trwać 2—3 godziny codziennie, zależnie od materjału.

3. Tematy. Wbrew zdaniu kierownictwa Kursu, że na przyszłość projektowane są kursy o charakterze bardziej jednostronnym (same tylko internistyczne lub chirurgiczne i t. p.), uważam, że dla lekarza praktyka (szczególnie wiejskiego) ważnym jest „rzut oka" na wszystkie dziedziny medycyny (jeśli chodzi o same wykłady) i dlatego tematy winny być wybrane z rozmaitych gałęzi medycyny, tak, jak to było na w/w kursie.

4. Zjęcia praktyczne — winny trwać w każdej dziedzinie przez cały czas trwania kursu: słuchacze dzielą się na grupy i każda z nich w obranej dziedzinie „praktykuje" przez cały czas trwania kursu (może tylko z indywidualnemi odchyleniami od tej zasady). A więc byłyby grupy chirurgiczna, internistyczna i t. p. Wszystkie praktyczne zajęcia — nie mogą kolidować z wykładami, zaś powinny polegać nie na demonstrowaniu chorych — tylko na badaniu, omówieniu wspólnem rozpoznania (różniczk.), zasad terapji i t. p.

5. Tematy i wypadki. Powinno się wybierać a) takie jednostki chorobowe, które lekarz praktyk zwykle mylnie rozpoznaje (względnie w demonstrowanym przypadku mylnie rozpoznał), popełnia jakieś błędy terapeutyczne, gdzie (jako niespecjalista) pomija lub przeocza objawy możliwe do rozpoznania w jego warunkach, a ważne z punktu widzenia specjalisty (naprzykład — dające podstawę do specjalistycznego leczenia i t. d.). b) Nowe jednostki chorobowe lub jednostki o nowych metodach leczenia, możliwe względnie nie nadające się do leczenia w warunkach wiejskiego praktyka, c) choroby społeczne pod kątem „praktycznego" rozpoznania i leczenia, d) nowe metody badań laboratoryjn. (możliwe w niewielkich laboratorjach), e) o wartościach leczniczych poszczególnych leków, stosowanych w klinikach, f) tematy natury ogólnej (poznanie, naprzykład, i demonstracja nowych metod badań klinicznych w zarysie; a więc elektrokardjografja, pyelografja etc. — lub też wykład o grupach krwi — były to tematy bardzo ciekawe tylko, ze zbyt dużo czasu im poświęcono). g) odczytywanie (zrozumienie kliniczne) wyników badań laboratoryjnych, Roentgena i t. p.; wartość praktyczna tych wyników (znaczenie bezwzględne i względne), odczynów i t. p., h) tematy ważne z punktu widzenia klinicystów (pod kątem przeglądu nowości z ubiegłego roku — w danej specjalności).

6. Przy układaniu programów kursów powinno się mieć na względzie pewną ciągłość kursów, jak również i to, że wszystkich ciekawych tematów, szeroko ujętych, nie da się „wyłożyć" w ciągu 2 tygodni, a więc nie powinno się przeciążać programu a temat wybrany — nie wykładać zbyt już ogólnikowo. Kończąc tutaj moje uwagi i życzenia, przypuszczam, że nieco więcej pracy ze strony słuchaczów przed i po kursie, zaś zrozumienie warunków lekarza praktyka (który zawsze przecież coś czyta i przegląda) — przez prelegentów — najbardziej przyczynią się do odniesienia jak największych korzyści z przesłuchiwanych corocznie kursów.

Dr. Witold W. Lemieszewski.
Głębokie, z. Wileńska.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Prof. Dr. S z m u r ł o: *Choroby krtani i tchawicy.* Stronic 186 z 132 rys. i barwną tablicą. Wilno, 1931 r.

Choroby krtani i tchawicy stanowią trzecią część podręcznika Prof. Szmurły. Część tą cechuje ta sama jasność i zwięzłość jak i poprzednie części, traktujące o chorobach nosa, gardła i jamy ustnej. Uderza szczególnie bardzo znaczna ilość rysunków, co ułatwia zrozumienie zawiłych stosunków anatomicznych, jako też zrozumienie fizjologji i kliniki tych części organizmu. Dobrze też autor zrobił, podając prawie komplet rysunków narzędzi, służących do badania i zabiegów, ułatwia to zrozumienie sposobów badania i samych zabiegów: przydałby się może cokolwiek obszer

niejszy opis samych zabiegów, zbyt bowiem duża zwięzłość może utrudnić początkującym zrozumienie. Podnieść należy dobre wykonanie i przejrzystość rysunków. Autor przysłużył się dobrze literaturze rodzimej, doprowadzając swój podręcznik chorób górnych dróg oddechowych do końca.

Zalewski.

Dr. Néchémie Nounio Krauthammer: *L'indoxylémie dans les Néphrites.* Lyon, 1930, str. 85.

Dyssertacja doktorska. Po obszernem omówieniu metod oznaczania indykanu przechodzi autor do szczegółowego przeglądu literatury, przeważnie prac niemieckich, jak Obermayera i Poppera, Haasa, Rosenberga i innych. Ujemne wyniki autorów francuskich odnosi do odmiennej, gorszej techniki oznaczeń. Następnie na kilkunastu stronach podaje autor wyniki własnych obserwacyj: Obejmują one 60 osób, z których 38 wykazywało różne schorzenia pozanerkowe. U tych osób nie otrzymał autor nigdy dodatniej próby Jollesa z 2,5 cm³ przesączu krwi po odbiałczeniu kwasem trójchlorooctowym w stosunku 1 : 1. Następnie w 7 wypadkach ostrego zapalenia nerek była ta próba ujemną, nawet, przy zawartości mocznika ponad 60 mg %, podobnie w 10 wypadkach przewlekłego zapalenia bez objawów mocznicy. Natomiast w 5 przypadkach przewlekłego zapalenia nerek z objawami mocznicy, próba była zawsze wybitnie dodatnia. W konkluzji ogólnej autor przyznaje omawianej próbie wartość kliniczną mniej więcej taką samą, jak oznaczeniu azotu niebiałkowego, przyczem się obie próby uzupełniają.

Autor twierdzi za Thiersem, że zmniejszenie się zawartości indykanu we krwi ma tylko wtedy znaczenie prognostyczne, jeżeli nie towarzyszy mu zanik indykanu w moczu. W ostatnim bowiem razie odnosi to autor do zmniejszenia resorbcji z jelit.

J. Heller (Lwów).

„Skorowidz Lecznictwa" pod redakcją prof. dra L. Korczyńskiego. Wyd. II. Kraków, 1931.

Układ S. L. opisywał w r. 1929 kol. J. Krzyżanowski, omawiając wydanie I. Wydanie II. zachowało podział ten sam z uzupełnieniami w treści. Potrzeba wydania II-go świadczy sama za siebie o pożyteczności S. L. Redaktor zwraca się w przedmowie do czytelników z prośbą o uwagi mające na celu udoskonalenie dzieła. Oto te, które mi się nasunęły. S. L. przeznaczony dla lekarzy praktyków, powinien zawierać z działów specjalnych tylko to, co praktykowi przydać się może: krótką charakterystykę schorzenia, zasady leczenia specjalistycznego, dokładne szczegóły terapeutyczne wykonalne przez praktyka. Pod tym kątem widzenia dobrze byłoby przejrzeć S. L. w razie wydawania uzupełnienia. Dla przykładu przytoczę kilka szczegółów z działu chirurgji, który częściowo jest jeszcze w opracowaniu. I tak: opis znieczulenia miejscowego przy operacji przepukliny, wodniaka jądra, opis zabiegów operacyjnych przy zakładaniu sztucznego odbytu są dla praktyka zbyteczne. Natomiast należałoby poświęcić więcej miejsca złamaniom, opatrunkom ustalającym, opiece domowej nad chorym i dużym opatrunkom gipsowym np. przy *coxitis.*

Forma zewnętrzna S. L. tak jak w wydaniu I-em jest pomyślana i wykonana praktycznie i estetycznie.

J. Czyżewska (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 27, z 5 lipca 1931: A. Piotrowski: O racjonalnem przyrządzaniu płynu Burowa. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, rok XI, nr. 6, z czerwca 1931: Wł. Szafran: Życiorys prof. Antoniego Cieszyńskiego. — H. Wilga: Postrzałowe rany szczęk i ich leczenie. — M. Zeńczak: Kilka uwag o postępowaniu leczniczem przy zgorzeli w zębach. — A. Mokrzycki: Przyczynek do leczenia tkanek wokołozębowych. — L. Brennejsen: Przyrząd do określania kształtu klamer w stosunku do kierunku ich zdejmowania.

Młoda matka, nr. 13, z r. 1931: M. Stopnicka: Czy biegunki letnie są zaraźliwe? — S. Średnicki: Letnie biegunki u dzieci. — Z. Morawski: Kilka słów o łóżeczku dla dziecka. — Fr. Kutnerówna: O oddychaniu. — T. Lewenfiszowa: Konfitury, powidła i marmeladki w diecie dziecka. — M. K.: O racjonalne zasady odżywiania rodziny.

Wychowanie fizyczne, rok XII, nr. 6, z czerwca 1931: T. Baczyński: Studja antropometryczne nad żołnierzami z Wielkopolski. — K. Mikulski: Lekarz szkolny a psycholog szkolny (praca psychologiczno-wychowawcza lekarza szkolnego). — M. Krawczyk: Znaczenie sportu dla wychowania fizycznego w szkole.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 27, z 2-go lipca 1931: L. Fingerhut: Fizjologja hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników (c. d.). — E. Pros: Biochemja hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników. — H. Szpielbrum: Objawy kliniczne i leczenie stanów oksalemicznych (Spraw. pogl.). — St. Tubiasz: Ośrodki zdrowia w Polsce. — W. Frankowski: Okólnik nr. 24.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 13, z 1 lipca 1931: C. Rydlewski: V-e posiedzenie Rady głównej A. P. J. M. w Paryżu w dniach 9—12 października 1930 r. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Medycyna społeczna i lekarskie życie zawodowe zagranicą. — L. Korybut-Daszkiewicz: Krynica, jej rozwój i wartości lecznicze.

Wiadomości Kas chorych, rok II, zeszyt 11 z r. 1931: Zarządzenia O. P. K. Ch. — Urzędowe publikacje Kas chorych i Związków Kas chorych. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą w Kasach chorych. — Z życia Kas chorych. — Bilanse i rachunki działalności za rok 1929. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Walka z gruźlicą. — Kongresy i Zjazdy.

Kronika dentystyczna, rok XXVI, nr. 5—6, za maj—czerwiec 1931: G. Madziarska-Langner: O brózdach poprzecznych szkliwa zębów.

Wiedza lekarska, rok V, nr. 6, z czerwca 1931: M. Bloch: O indywidualizacji w przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 5, z 1 lipca 1931: E. Pflanz: O leczeniu nawykowej bębnicy *(meteorismus).* — L. Korczyński: Przyrodzone źródła sił i zdrowia Ziemi krakowskiej (c. d.).

Gastrologja Polska, rok III, nr. 2, z czerwca 1931: B. Wejnert: Przemówienie inauguracyjne Prezesa Pol. Tow. Gastrologicznego B. Wejnerta na posiedzeniu jubileuszowem w dniu 29 kwietnia 1931 r. — J. Grundzach: Ogólny rzut oka na dotychczasowy rozwój gastrologji. — W. Róbin: Zadania gastrologji nowoczesnej. — J. Eisenfarb: Przyczynek do niedrożności jelit spowodowanej przez kamienie żółciowe. — J. Scharf: Choroby pęcherzyka żółciowego w następstwie wycięcia wyrostka robaczkowego.

Medycyna, nr. 13, z 7 lipca 1931: A. Leśniowski: Ś. p. Bronisław Sawicki jako lekarz i profesor chirurgji. — W. Łapiński: Działalność lekarsko-społeczna ś. p. Bronisława Sawickiego. — J. Bączkiewicz: Kartka z działalności ś. p. Bronisława Sawickiego na polu obywatelskiem i filantropijnem. — W. Szumlański: Działalność ś. p. Bronisława Sawickiego, jako członka Redakcji Gazety Lekarskiej. — A. Jarosiński: Ś. p. Dr. Bronisław Sawicki, pierwszy członek honorowy Tow. lek. siedleckiego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 28, z 12 lipca 1931: W. Humnicki: O składzie chemicznym niektórych tłuszczów. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie, tom X, zeszyt 1, za styczeń—marzec 1931: S. Turyn: Z kazuistyki powolnego zapalenia wsierdzia (dodatni odczyn Wassermanna. Szmer muzykalny). — J. Penson: Zespół chloropenji z hiperazotemją w przebiegu chorób nerkowych i niektórych innych schorzeń ustroju. Wskazania do diety bezsolnej oraz do chlorowania. — M. Goldmanówna: Tarcza zastoinowa w oku krótkowzrocznem. — Br. Turkus-Sterlingowa: Wodoocze a wole oko. — J. Dworecki, Lipes i Taumanowa: Wpływ zabiegu operacyjnego na poziom cukru we krwi. — Sprawozdania z posiedzeń naukowych w r. 1930/31.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 28, z 9 lipca 1931: L. Fingerhut: Fizjologja przedniego płata przysadki mózgowej i jajników (dok.). — A. Kobryner: O nowym objawie w schorzeniach płuc. — H. Szpielbaum: Objawy kliniczne i leczenie stanów oksalemicznych (Streszcz. pogl. c. d.). — H. Adamowiczowa: Z zagadnień rozrodczości w Europie.

Dziennik urzędowy Izb Lekarskich, rok II, nr. 7, z 1 lipca 1931: Komunikat VII-y Naczelnej Izby Lekarskiej. — Z Izb lekarskich terytorjalnych. — Informacje. — Wolne posady.

Lekarz wojskowy, rok XII, tom 17, nr. 5—8, za marzec—kwiecień 1931: B. Pawłowski: O stosowaniu jodu w gruźlicy. — A. Ettinger: Z kazuistyki półpaśca i ospówki. — A. Ławrynowicz i M. Piotrowska: Pobudzające wzrost bakteryj działanie wyciągu witaminowego. — Wł. Krzymuski: W sprawie eliminowania wczesnych postaci gruźlicy na poborze. — H. Becker: Analiza preparatów o składzie nieznanym. Art. 2. Wykrycie migreniny. — Sprawozdanie Centrum Wyszkolenia sanitarnego od 1. XI. 1929 do 30. IX. 1930.

Czystość, rok IV, nr. 4—5, z r. 1931: Cz. Wroczyński: Międzynarodowa wystawa higjeniczna w Dreźnie (dok.). — T. Lewiński: Leczenie cukrzycy dietą jałową według Porgessa i Adlersberga. — M. Zachert: Co sprzyja zakażaniu się jaglicą? — M. Granowski Jak ścielić łóżko dla dziecka? — M. Grejnicc: Trzecie ząbkowanie. — H. Laskowski: O solankach Inowrocławia.

Folia morphologica, rok II, nr. 3—4, z 30 grudnia 1930: J. Szepseurol: Les cellules nerveuses chez un embryon de poulet de 50 heures anencephale. — T. Jankowski: Rzadki przypadek dodatkowej głowy mięśnia przywodziciela wielkiego. — K. Chudkowski: O krążeniu ubocznem w przypadkach wrodzonych zwężeń i zarośnięć tętnicy płucnej. — P. Słonimski: Badania doświadczalne nad genezą krwi u zarodków płazów (Amphibia).

Folia morphologica, rok III, nr. 1, z 30 marca 1931: J. Sokólska: Przyczynek do histologji endostylu żąchw. — E. Leblanc, M. Ribot, F. Morand, E. Curtillet, H. Eres, H. Liares: Recherches sur les Berbèros 1929/30. — J. Grochmalicki: Benedictus de Nałęcz Dybowski. — Bibljografja polska za rok 1929.

Therapia nowa, rok III, nr. 6, z czerwca 1931: J. Polak: O alergji i chorobach alergicznych (część ogólna). — L. Liperowicz: W sprawie regulacji urodzeń.

Wiadomości zdrojowe. Zdrojowisko Inowrocław, rok IV, nr. 2, z 4 lipca 1931: St. Sroczyński: Kilka uwag o emanacji radowej.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 14, z 15 lipca 1931: C. Rydlewski: V-e Posiedzenie Rady Głównej A. P. J. M. w Paryżu 9—12 października 1930 r. — G. Drozdowicz: Komunikacja lotnicza ze stanowiska lekarza. — K. Dobrzański: Potrzeby organizacji zawodowej lekarzy. — H. Czerwiński: Lekarz i strajk głodowy. — Cz. Wiecki: O uzdrowieniu Kas chorych. — Z. Rudolf: Higjena urbanistyczna.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.
Bratislavské Lekárske Listy.

Rocznik X, wrzesień 1930. Zeszyt 9.

S. Štefanik: *Przyczynek do skrętu przydatków.*

Prof. B. Slavik: *O dziecięcej i młodej jaskrze.*

Doc. A. Gala: *Wpływ hipertonji doświadczalnej na napięcie oka.* Autor badał wpływ trwałego zwyżkowego ciśnienia tętniczego na napięcie oka królika. Hipertenzję wywołał zapomocą zabiegu Heringa, polegającego na wyłączeniu czynników, hamujących ciśnienie. Napięcie oka mierzył tonometrem Schiötza przed i po zabiegu chirurgicznym, jakoteż podczas całego okresu trwania hipertonji.

Ciśnienie krwi utrzymywane jest na prawidłowej wysokości i opanowane bywa jedną parą nerwów aortalnych oraz jedną parą nerwów zatokowych, skupiających odczyny naczyniowe prawdziwe t. j. od naczyń wychodzące i na naczyniach się zpowrotem ujawniające. Obie pary nerwów tworzą jednostkę czynnościową, a ich czynność polega na starannem wyrównywaniu napięcia krwenego. Trwałem usunięciem tych czynników hamujących wywołać można wysokie, przewlekłe napięcie tętnicze.

Po wyłączeniu czynników regulujących ciśnienie, wpierw jednej pary, a następnie i drugiej, nastąpiło znaczne zwiększenie ciśnienia tętniczego, lecz bez wzmożenia napięcia ocznego. W niektórych przypadkach zauważył autor nawet obniżenie ciśnienia, które przypisuje zmniejszonemu przypływowi krwi z powodu podwiązania obu *a. carotis int.* Również podczas dłuższego trwania hipertonji (8 miesięcy) oczy wykazywały prawidłowe napięcie.

M. Stabrova-Sutorisova: *Przewlekli nosiciele zarazka krztuśca.* Według ogólnie przyjętego poglądu, ustrój w 5-ym lub 6-ym tygodniu po przebiegu kokluszu wolny jest od pałeczki Bordet-Gengou. Autorka opisuje przypadek, w którym u 3 letniej dziewczynki 2 lata po przebyciu krztuśca znaleziono pałeczki kokluszu i to w znacznej ilości. W badaniu powtórnem, przedsięwziętem w 7 tygodni później, znaleziono te zarazki w ilości niezmienionej w nosie i w gardzieli. Długotrwałą obecność zarazków kokluszu tłumaczy niedostatecznem wytwarzaniem przeciwciał. Wiązanie dopełniające, aglutynacja z pałeczki kokluszu wypadły ujemnie. Epidemiologja nie uwzględnia dotychczas możliwości zakażenia przez nosicieli zarazków kokluszu.

F. Pavlica: *Wole miąższowe z histologicznym obrazem hypernephroma.*

Opis przypadku wola, które histologicznie przypominało nowotwór Grawitza.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.
Medicinski Pregled.

Nr. 2, 1931. Beograd—Zagreb—Ljubljana—Sofja.

D. Antić: *O insulinie i jej stosowaniu w cukrzycy.*

Gj. Gjorgjević: *Leczenie i rokowanie w rzeżączce w związku z właściwościami biologicznemi gonokoków.*

B. Vukčević: *Udział samozakażenia w gorączce porodowej.*

R. Stanković, V. Arnovljević i Matavulj: *Wzmożenie trawienia keratyny zapomocą wyciągu z wola orła.* Autorowie wykazali, że wyciąg z wola ptaków drapieżnych (jastrząb, sęp, orzeł) przyśpiesza trawienie (także *in vitro*) substancyj rogowych, a to paznokci, piór, najmniej włosów.

M. Sarvan: *Leczenie bronchopneumonji osesków.*

M. Milošević: *Uodpornienie anatoksyną błoniczą Ramona.*

V. Arnovljević: Stosowanie insuliny i glukozy w schorzeniach serca. Oceny. Sprawozdania. Sprawy bieżące.

Nr. 3, 1931. Beograd—Zagreb—Ljubljana—Sofja.

B. Spisić: *Wczesne rozpoznanie i leczenie wrodzonej subluksacji i luksacji biodra.*

U. S. Ružičić: *Ilościowe odżywianie dzieci przedwcześnie urodzonych.*

D. Miodragović: *Rozważania anatomiczne i kliniczne z powodu przypadku samoistnego pęknięcia spojenia łonowego w czasie porodu.*

G. Petrović, I. Jovanović: *Peritonitis paralytica w przypadku przedziurawienia wyrostka robaczkowego w sinistrocoli.*

D. Antić, D. Borić: *Wpływ pilokarpiny na obraz leukocytów królików normalnych i po splenektomji.*

Sv. Barjaktarović: *Nasze doświadczenia z pewnym nowym sposobem wczesnego rozpoznawania ciąży.*

Autor otrzymał wyniki pozytywne metodą A. Brouha (rozwinięcie sposobu Aschheim-Zondek) polegającą na wstrzykiwaniu dożylnie moczu kobiet ciężarnych młodym samiczkom króliczym.

V. Arnovljević: *Stosowanie acetylcholiny w klinice.*

L. Popović: *O ogólno-słowiańskiej terminologji lekarskiej.* Oceny. Sprawozdania. Informacje.

Nr. 4, 1931. Beograd—Zagreb—Ljubljana—Sofja.

Fr. Kogoj: *O dermatozach pęcherzowych.*

C. Plavsić: *Lambia intestinalis w woreczku żółciowym i w dwunastnicy.*

S. Bosnjaković: *Przyczynek do poznania łysin.*

M. Krmpotić: *Niedomoga wątrobowa i opadanie ciałek po dożylnym zastrzyku proteiny z dekstrozą.*

A. Kostić: *Zastępcze objawy u zwierząt pozbawionych śledziony.*

A. Marković: *Doświadczalne i kliniczne przyczynki do leczenia keratitis dendritica zapomocą ol. gaultheriae.*

B. Stanojević: *Badanie sprawności i rozpoznanie schorzeń nerek.* Oceny. Sprawozdania. Informacje.

Nr. 5, 1931. Beograd—Zagreb—Ljubljana—Sofja.

L. Stanojević: *Ojcobójcy w świetle psychologji kryminalnej i psychiatrji.*

A. Marković: *Przyczynki doświadczalne i kliniczne do leczenia keratitis dentritica wyciągiem ol. gaultheriae* (II).

A. Marković: *Przyczynek do leczenia operacyjnego strabizmu.*

Lj. Savković: *Wczesne nacieki gruźlicze.*

Sv. Barjaktarović: *Leczenie chirurgiczne zapalnych guzów przydatków macicy.*

B. Stanojević: *Badanie sprawności i rozpoznawanie schorzeń nerek.* Oceny. Sprawozdania. Informacje.

Leszczyński (Lwów.

Piśmiennictwo włoskie.

Pathologica.

Nr. 476, 1931.

Michelazzi: *O zmianach czynności nerek po wycięciu jednej nerki, po podwiązaniu moczowodu lub całej szypuły nerkowej i po obłuszczeniu (decapsulatio) jednej lub obu nerek.*

W doświadczeniach na królikach okazało się, że po wycięciu jednej nerki lub po podwiązaniu moczowodu wzrasta wydzielanie mocznika i całego azotu przy niezmienionej ilości moczu. Podwiązanie całej szypuły nerkowej obniża wydzielanie mocznika i azotu, ilość wydzielanego moczu nie ulega zmianie. Jednostronne lub obustronne obłuszczenie nerek wywołuje znaczny wzrost wydzielania mocznika i azotu, a po obustronnem obłuszczeniu wzrasta także ilość wydzielanego moczu.

Guassardo: *Wpływ układu nerwowego wegetawywnego na krzywicę doświadczalną.*

Wywołując krzywicę u białych szczurów, przekonał się Guassardo, że podrażnienie nerwów współczulnych przez adrenalinę i porażenie nerwu błędnego przez atropinę nie wywołuje żadnej zmiany w procesie krzywiczym, natomiast podrażnienie nerwu błędnego przez cholinę i porażenie nerwu współczulnego przez ergotaminę zapobiegają krzywicy u młodych szczurów, chociaż są żywione w ten sposób, w jaki zwykle wywołuje się u nich krzywicę. Względna lub bezwzględna przewaga wagotonji zapobiega więc krzywicy; należy więc uważać wagotonję za wyraz pewnej oporności ustroju względem krzywicy, w związku z rasą i właściwościami indywidualnemi. Zwierzę nie ulegnie krzywicy, jeśli wagotonja jest odpowiednia i dość wysokiego stopnia. W powstawaniu krzywicy ma więc wegetatywny układ nerwowy, to jest czynnik konstytucjonalny, równą wagę, jak zmiana metabolizmu komórek, wywołana przez różne czynniki etjologiczne.

C.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28-go kwietnia 1931 r.

1. Protokół posiedzienia nauk. z dnia 21 kwietnia b. r. przyjęto.
2. Prezes odczytuje zaproszenie Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego na uroczyste posiedzenie ku uczczeniu XX-o lecia istnienia tego Towarzystwa.
3. Kol. Prezes odczytuje protokół Komitetu Rewizyjnego.
4. Kol. Wł. Felc przedstawia fotografje typowych i nietypowych przypadków ran postrzałowych samobójczych.
5. Kol. W. Grzywo-Dąbrowski przedstawia krzywe ze statystyki samobójstw.
6. Kol. M. Bloch wygłasza odczyt p. t. *„Klinika zespołu pierwotnego u dorosłych. Gruźlica nawałowa i gruźlica wieku młodocianego"*. (Streszczenie własne).

Prelegent, za Neumann'em, rozróżnia u dorosłego „zwykły zespół pierwotny", który wykrywa się przypadkowo przy badaniu chorego z jakichkolwiekbądź innych względów. Stwierdza się mianowicie, zależnie od umiejscowienia ogniska pierwotnego, bądź blisko opłucnej, bądź w szczycie — albo ograniczoną ruchomość dolnej granicy z przodu lub z tyłu, albo też tak zwane obnażenie serca *(denudatio)*, albo też stłumienie nad jednem ze szczytów płucnych. Klinicznie ten „zwykły" (t. zn. zagojony, nieczynny) zespół pierwotny nie daje żadnych objawów i jest przez chorego zazwyczaj zupełnie nieodczuwany.

Inaczej się rzecz ma z t. zw. „zapalnym zespołem pierwotnym" *(entzündlicher Primärkomplex* — Neumann). Tu na pierwszy plan wysuwają się objawy powodowane „zapaleniem okołoogniskowem" *(perifokale Entzündung)* nie tyle naokoło ogniska pierwotnego, stanowiącego, jak wiadomo, składową część zespołu pierwotnego, ile naokoło jego drugiej składowej części — gruczołów okołooskrzelowych. Prelegent zastanawia się nad błędami tych, co zbyt często rozpoznają „powiększone gruczoły okołooskrzelowe", a zwłaszcza tych, co chcą w rozpoznaniu tem opierać się głównie na badaniu rentgenowskiem; z drugiej strony wykazuje niesłuszność postępowania tych lekarzy, którzy wogóle nie uznają t. zw. „spraw gruczołowych" u dorosłych.

„Zapalny zespół pierwotny" może się klinicznie przejawić bądź jako sprawa czysto gruczołowa ze znanemi objawami (Kraemer'a, Koranyi'ego, Smith'a, Petruschky'ego, D'Espine-Barot'a, Hoffmann'a i innych, jak *anisocoria, striae venosae* i t. p. — przyczem niezawsze są i muszą być obecne wszystkie wspomniane objawy), stanami podgorączkowemi, potami nocnemi, chudnięciem i t. p. Albo też silne zapalenie okołoogniskowe powoduje, wskutek anatomicznego sąsiedztwa, wysiękowe zapalenie opłucnej, szczególnie prawej (która, jak wynika z pracy Sukiennikowa, stoi w ścisłym związku z prawą przestrzenią tchawiczo-oskrzelową) lub też osierdzia (sąsiedztwo dolnej grupy tchawiczo-okrzelowej).

Może też zapalny zespół pierwotny imitować schorzenia innych narządów (serca, żołądka, przełyku); błędne rozpoznawanie wad serca np. powstaje w ten sposób, że *denudatio* imituje zmienioną konfigurację, często zaś w tych przypadkach stwierdzić można szmery czynnościowe — organiczne.

W ten sam sposób powstaje błędne rozpoznawanie t. zw. triady Zweig'a (wrzód żołądka względnie dwunastnicy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie wyrostka robaczkowego); przyczyną dolegliwości w tych przypadkach jest albo usadowienie się zespołu pierwotnego z jego silnem zapaleniem okołoogniskowem blisko opłucnej śródpiersiowej, osierdzia, (w przypadkach dolegliwości sercowych), względnie przepony, albo też zachodzi ucisk ze strony powiększonych gruczołów przywnękowych na nerw błędny (Potain, Reitter i Singer), albo też wreszcie ma miejsce promieniowanie bólu ze strony nerwu przeponowego w kierunku wyrostka robaczkowego (Neumann, Kleinschmid).

Rozpoznanie w tych przypadkach jest nieraz bardzo trudne, ale o tych rzeczach nie powinno się zapominać, bo zamiast tuczyć chorego, można przez długotrwałe stosowanie diety wyrządzić mu dużą krzywdę.

Wszystko powiedziane o zespole pierwotnym prelegent ilustruje przykładami z historyj chorych.

Poświęcając jeszcze kilka słów gruźlicy poronnej *(Tbc. abortiva)* — jako jednej z odmian zwykłego zespołu pierwotnego — z jej skłonnością do krwawień przy zupełnym braku skłonności do postępowania sprawy chorobowej, prelegent omawia t. zw. „suchoty nawałowe" *(Phtisis fibr. cas. congestiva* Bard—Neumann) stojące na pograniczu pomiędzy gruźlicą ostrą, a przewlekłą.

Jako najhardziej charakterystyczne dla cechy chorobowej tej postaci, autor podkreśla: fizykalne objawy zwykłego płatowego zapalenia płuc z charakterystycznym głośnym oddechem oskrzelowym, brak zwykłego przesilenia i przewlekanie się wysokiej ciepłoty ciała przez długie tygodnie; długie utrzymywanie się objawów fizykalnych w stanie niezmienionym; często zadziwiająco dobry ogólny stan, mimo długotrwałych stanów gorączkowych i bardzo poważnych zmian w płucach, brak leukocytozy we krwi, brak objawu zmniejszania się ilości chlorków w moczu; obecność prątków w plwocinie. Podkładem anatomicznym jest tu olbrzymie nacieczenie okołoogniskowe, które w dużym stopniu może ulec i często ulega też wessaniu; dlatego też rokowanie jest tu nienajgorsze i w każdym razie niewspółmierne z rozległością i ciężkością schorzenia płucnego.

Wreszcie prelegent zastanawia się nad sprawą chorobową stojącą na pograniczu gruźlicy płuc dorosłego i dziecka — gruźlica wieku młodocianego *(Pubertätsphtise)*, którą wcale nierzadko spotyka się już w wieku dalekim od młodzieńczego.

Charakteryzuje ją jednoczesne szerzenie się sprawy chorobowej drogą chłonki, krwi i oskrzeli, tak, że anatomo-patologicznie i rentgenologicznie obok ognisk wysiękowych stwierdza się ogniska typu prosówkowego. Klinicznie mamy tu typ chorego z grupy hematogennej (twarde naczynia, często asteniczna, powiększona śledziona i t. p.) przy wielodźwięczności objawów przysłuchowych, spotykanej w bronchogennych suchotach właściwych. Charakterystycznem dla tej postaci chorobowej jest nieoczekiwane powstawanie nowych ognisk, w drugiem płucu. Naogół rokowanie nie jest dobre i sprawa przebiega dość ostro. Bywa jednak nierzadko, że sprawa się umiejscawia i nabiera przebiegu właściwych suchot płucnych; w tych też przyp. stosowana odma daje często dobre wyniki.

Streszczając, prelegent proponuje wyzbycie się ryczałtowego określenia „gruźlica płuc" względnie „suchoty płucne", albowiem nie jest to jedna jednolita choroba, która może, lub też nie, zatrzymać się w tym lub innym okresie swego rozwoju. Prelegent uważa, że współczesne klasyfikacje nie odpowiadają swemu przeznaczeniu, albowiem uczą one lekarza myśleć statycznie, podczas gdy racjonalne ustosunkowanie się do gruźliczo chorego powinno być oparte na zupełnie innych przesłankach.

Każdy lekarz, zdaniem prelegenta, powinien umieć tak ująć dany przypadek, aby go móc odnieść (a przynajmniej dążyć do tego) do określonego, a priori, pod względem klinicznym, anatomopatologicznym i pato-genetycznym, znanego nam typu chorobowego i dopiero na tem oprzeć rokowanie i postępowanie lecznicze.

Mówca uważa, że tylko podział oparty na znajomości poszczególnych typów klinicznych, powtarzających się w wielkiej ilości przypadków i uwzględniający zarówno dane anat.-patol. jak i najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologji i patogenezy gruźlicy może przyczynić się do prawidłowego ustosunkowania się lekarza do zagadnienia gruźlicy płuc.

Ale poza znaczeniem czysto praktycznem, życiowem prelegent w takiem ujęciu zagadnienia gruźlicy płuc widzi jeszcze czynnik, ułatwiający ustosunkowanie się do zawiłych zagadnień teoretycznych z dziedziny patogenezy gruźlicy płuc. Mianowicie, w spornej kwestji szczytowego czy pozaszczytowego powstania gruźlicy płuc dorosłego, prelegent jest w stanie zająć zupełnie określone stanowisko: u chorych z grupy właściwych suchot płucnych — a oni stanowią gros naszych chorych z gruźlicą otwartą — gruźlica powstaje pozaszczytowo, ostro względnie podostro u osobników, których szczyty były i często pozostają niezajęte.

Natomiast u ludzi z grupy hematogennej z typem *Tbc. fibrosa densa* na czele, szczyty są uprzednio zajęte często całemi latami, zanim dochodzi do suchot rozpadowych — *Phtisis ulcero - fibrosa*, w tym wypadku suchot wtórnych.

7. Kol. St. Kopczyński wypowiada referat p. t. „Walka z gruźlicą na terenie szkolnym w Polsce". (Streszczenie własne).

Prelegent omówił najpierw rozmiary klęski, jaką przedstawia gruźlica: na ogólną liczbę 4.100.000 dziatwy i młodzieży w szkołach wszelkich typów, jakie liczymy w Rzeczypospolitej Polskiej, około 2% dotknięte jest gruźlicą czynną w stanie zaraźliwym i wymaga leczenia w szpitalach i sanatorjach, około 8% winno się uczyć w szkołach — uzdrowiskach, w klasach na otwartem powietrzu, a około 40% z powiększonemi gruczołami chłonnemi winno być dożywiane, korzystać z kolonij i półkolonij i t. p.

Dalej mówca przeszedł do środków zaradczych i kolejno rozpatrzył:

1) sprawę budowy nowych izb szkolnych. Mamy dotychczas 56.000 izb szkolnych, od roku 1918 wybudowano izb około 10.000, potrzebną będzie w najbliższem dziesięcioleciu przy zwiększających się rocznikach szkolnych około 100.000. Ponieważ Państwo i samorząd nie stać na miljardowe wydatki na te cele, trzeba będzie zgęszczać liczbę dzieci w szkołach, stąd wypływa konieczność większego dbania o higjenę lokali szkolnych, a więc: a) o stosowanie zaprawy pyłochłonnej do podłóg, b) o należyte przewietrzanie klas, c) o wykonywanie przez młodzież ćwiczeń oddechowych śródlekcyjnych i t. p.

2) Sprawę zorganizowania opieki higjeniczno-lekarskiej i dentystycznej nad szkołami. Dziś około 100% dziatwy szkół średnich, seminarjów nauczycielskich, szkół zawodowych, i około 25% dziatwy w szkołach powszechnych znajduje się pod opieką higjeniczno-lekarską. Lekarze szkolni z charakteru swego stanowiska mają czuwać nad tem, by dziatwa chora na płuca w szkole nie przebywała.

3) Sprawę kontroli nad zdrowiem nauczycieli. Mówca odczytuje obowiązujące w tym względzie przepisy, zwłaszcza dotyczące doboru młodzieży do seminarjów nauczycielskich, perjodycznych badań nauczycieli i t. p.

4) Sprawę opieki nad dziećmi, dotkniętemi gruźlicą lub usposobionemi do gruźlicy: szkoły - uzdrowiska Skolimów, Miłosna, Busko, Zakopane, Rabka, Istebna, Ustroń — szkoły na otwartem powietrzu — Białystok, kolonje i półkolonje letnie (w r. 1923. 17.000, w r. 1930. 150.000 dziatwy korzystało z dobrodziejstw kolonji), dożywianie dziatwy szkolnej (ogółem od 10% do 15% dziatwy w szkołach powszechnych miejskich korzysta z dożywiania).

5) Sprawę propagandy higjeny i walki z gruźlicą przez szkołę. Przeszkolenie higjeniczne nauczycielstwa, walka z gruźlicą, jako klęską społeczną w programach szkolnych i t. p., udział szkoły w dniach przeciwgruźliczych, korzystanie w tym celu z tablic propagandowych Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i t. p.

6) Wreszcie mówca rozpatruje sprawę wychowania fizycznego w programach szkolnych, jako środka walki z gruźlicą, a więc gry i zabawy ruchowe na wolnem powietrzu, gimnastyka oddechowa, sporty — zwłaszcza wodne i turystyczne. (W roku 1930 w 120 schroniskach szkolnych noclegowych, w których znajduje się 2.200 łóżek - leżaków, wydano około 30.000 noclegów dla młodzieży szkolnej).

W końcu mówca odczytał kilka okólników ministerjalnych w sprawie zwalczania gruźlicy w szkołach, między innemi ostatnio wydany zakaz całowania po rękach pań przełożonych, nauczycielek i księży prefektów, w celu uchronienia się przed zarażeniem gruźlicą za pośrednictwem śliny osobników dotkniętych tą chorobą.

8. Kol. St. Rudzki wygłasza odczyt p. t. „Walka z gruźlicą wśród dziatwy i młodzieży w Norwegji". (Streszczenie własne).

Norwegja przedstawia wiele odrębnych i ciekawych cech zarówno pod względem ogólno-kulturalnym, jak sanit.-higjenicznym.

Walkę z gruźlicą w Norwegji prowadzą 3 wielkie instytucje humanitarne: Norweski Czerwony Krzyż (63 tys. członków), Liga Higjeny kobiet norweskich (90 tys. członkiń) oraz Narodowy Związek Przeciwgruźliczy, (istniejący od 1910 r. i posiadający 200 tys. członków).

Na czele tych instytucyj stoi komitet wspólny pod kierownictwem przedstawiciela rządu w osobie Inspektora generalnego dla gruźlicy. Komitet ten rozdziela wszelkie subwencje, koordynuje walkę z gruźlicą, nadaje jej kierunek zgodny z ustawą przeciwgruźliczą, uchwaloną przez Storting norweski w 1900 r.

Ustawa ta — pierwsza w Europie co do czasu powstania — zapewnia leczenie bezpłatne wszystkim niezamożnym chorym, cierpiącym na gruźlicę. Koszta w 40 % ponosi Rząd, 60 % wpłacają gminy.

Naogół na walkę z gruźlicą wydaje się w Norwegji 10 miljonów koron rocznie, czyli 3—4 korony rocznie od każdego mieszkańca (t. j. około 10 złotych pol. od głowy).

Arsenał przeciwgruźliczy Norwegji stanowią: 12 sanatorjów, 113 domów dla gruźliczych, 4 domy pracy, 25 oddziałów szpitalnych, 8 szpitali morskich, 28 prewentorjów. Ogólna liczba łóżek dla gruźliczych wynosi 6.222 (na 2.800000 ludności). W stosunku do zejść śmiertelnych na gruźlicę, jest 1,34 łóżka na każdy zgon.

Walka z gruźlicą wśród dziatwy i młodzieży jest postawiona w Norwegji bardzo dobrze w ramach powyżej nakreślonej organizacji ogólnej.

Ochronne szczepienia przeciwgruźlicze stosowane są od 1926 r., i liczba zaszczepionych osób w Norwegji wynosi około 3 tysięcy.

Niemowlęta szczepione nie są specjalnie odosobniane. Jednakże zakłady zapobiegawcze, zwane prewentorjami, przedewszystkiem starają się umieszczać u siebie noworodki z domów zagrożonych gruźlicą.

Pierwsze prewentorjum powstało w 1911 r.; obecnie jest ich 28 na 900 miejsc. Jedno z nich tylko założone przez Rząd (na północy kraju), reszta powstała ze środków społecznych.

Prewentorja te przyjmują dzieci od pierwszych dni życia do lat kilkunastu i mają różne przeznaczenia odpowiadające żłóbkom, ochronkom, prewentorjom przedszkolnym w znaczeniu zachodnio-europejskiem, wreszcie szkołami na otwartem powietrzu.

Prelegent szczegółowo opisuje parę takich zakładów z pośród kilkunastu zwiedzonych przez siebie w Norwegji.

Poza prewentorjami istnieją stacje rozdzielcze mleka i kolonje letnie dla dzieci. Liczne organizacje prywatne dostarczają dzieciom z rodzin gruźliczych mleko, tran i lepsze pożywienie.

Co do dzieci w wieku szkolnym, w wielu miejscowościach wprowadzono systematyczne badanie ich w kierunku gruźlicy. Badanie to, jak dotąd, nie jest objęte przepisami prawnemi; zgodnie jednak z planem przedstawionym w 1924 r. przez związek przeciwgruźliczy norweski, organizacje prywatne i gminy pokrywają koszta badań dziatwy, odbywających się 2 razy do roku w jesieni i na wiosnę. Badania te dokonywane są w przychodniach przeciwgruźliczych.

Dla dzieci, u których stwierdzono gruźlicę, są liczne szpitale i sanatorja.

Na ogólną liczbę 1.350 łóżek sanatoryjnych, dla dzieci przeznaczono przeszło 200.

Dla początkujących chorych istnieje 113 domów gruźliczych z ogólną liczbą 2.611 łóżek. Dzieci przyjmowane tu są bez żadnych ograniczeń.

Szpitale morskie na 560 łóżek przeznaczone są przedewszystkiem dla dzieci z gruźlicą chirurgiczną, (zwłaszcza wzorowo jest urządzony szpital morski w Hagewiken koło Bergen).

Koszta leczenia w sanatorjach i szpitalach norweskich obliczone są przeciętnie na 2 korony dziennie za dorosłego i 1.5 korony za dziecko, ogólne koszta wynoszą 5 koron od osoby, w domach zaś gruźliczych 4 kr.

Państwo w myśl ustawy z 1900 r. pokrywa 40% wydatków, w nowej jednak ustawie przewidziane jest podniesienie tej subwencji do 60%.

Istnieje też projekt, by § 6 Ustawy o przymusowem umieszczaniu w zakładach leczniczych tych chorych gruźliczych, którzy zagrażają otoczeniu, rozciągnąć na dzieci w tym celu, żeby móc je usuwać z rodzin, gdzie są prątkujący.

Śmiertelność z gruźlicy w Norwegji w ciągu ostatnich 60 lat spadła z 24 na 10 tys. mieszkańców do 15.6 (zniżka o 35%).

Wśród dzieci i młodzieży śmiertelność z gruźlicy jest większa w miastach, niż po wsiach. Największa śmiertelność jest w wieku 20—24 lat (63.2 wśród mężczyzn, 74.6 u kobiet), we wcześniejszych okresach wynosi: 0—1 lat 3.8—3.6; 1—4 lat: 18.1—20.2; 5—9 lat 28.2—36.8; 10—14 lat 39.5—58.3; 15—19 lat 56.8—74.2.

Zmniejszenie śmiertelności w gruźlicy najwięcej się zaznaczyło wśród dzieci poniżej 15 lat a zwłaszcza u dzieci małych do lat 5-ciu.

Prelegent poświęca dłuższy ustęp wychowaniu fizycznemu wśród dzieci i młodzieży norweskiej.

Jazda na nartach uprawiana jest przez całą ludność w Norwegji — od małych dzieci aż do starców. Pływania uczą w szkołach początkowych i gimnastyka szwedzka jest obowiązkowa we wszystkich szkołach nawet początkowych. Poza tem uprawiane są takie sporty, jak żeglarstwo, atletyka, piłka nożna, golf, tennis, ślizgawka.

Pęd do słońca i powietrza jest powszechny w Skandynawji.

Na zakończenie prelegent charakteryzuje naród norweski, jego kulturę, umiłowanie tradycji i przechowywane starannie cechy znamienne wikingów — zdobywczość, odwagę, szybkość inicjatywy i niekłamność wykonania, które przetrwały od tysiąca lat i nadają tak pouczające i ciekawe piętno ojczyźnie Nansena i Amundsena.

9. *Dyskusja.*

Kol. W. Moczarski stwierdza, iż obecnie poziom lekarzy szkolnych znacznie się podnosi. Mówca występuje przeciw tak często uprawianemu hazardowi w sporcie na terenie szkoły.

Kol. Wł. Filiński uważa, iż dzięki istnieniu w kartach statystycznych rubryki „powiększenie gruczołów", do której zalicza się dzieci na zasadzie wątpliwych danych opukowych, znaczna część dzieci zostaje zakwalifikowana do kategorji chorych na gruźlicę, każdy bowiem mniema, że powiększenie gruczołów było na tle gruźliczem. Co się tyczy nadużyć w sporcie, to nie odbywają się one wcale pod opieką szkoły, ale poza nią i wbrew jej woli.

Kol. Ks. Cieszyński zapytuje ile stwierdza się wśród dzieci gruźlicy zamkniętej, a ile otwartej? Wspomina, iż w pewnej miejscowości na Wołyniu wzniesiono szkołę rękami dzieci. Proponuje użycie na wsi położnych jako higjenistek.

Kol. St. Wąsowicz uważa, iż kontakt higjenisty z lekarzami poradni jest nazbyt formalny. Musi istnieć współpraca pomiędzy higjenistą a lekarzem poradni. Mówca na zasadzie spostrzeżeń własnych, poczynionych w poradniach przeciwgruźliczych nie może się zgodzić na tak wysoki odsetek gruźlicy otwartej u dzieci w wieku szkolnym, jak to podał Prelegent.

Kol. M. Roszkowski stwierdza, że w Warszawie gruźlicy otwartej wśród dzieci jest 1%. W ciągu ostatnich lat pięciu liczba dzieci chorych zmniejszyła się o 50%. W kartach statystycznych oddzielnie są uwzględnione gruczoły śródpiersia i inne. Sprawy poruszone przez kol. Wąsowicza dadzą pobudkę do zapraszania lekarzy poradni na posiedzenia lekarzy szkolnych.

Kol. Kopczyński. Władze potępiają rekordy sportowe w szkole. Wymagania nasze w stosunku do budynków szkolnych stają się ze względów ekonomicznych coraz mniejsze; obecnie coraz częściej stawiamy domy drewniane.

Cyfry podane przez Prelegenta tyczą przedewszystkiem województwa Wileńskiego i są oparte na badaniach plwociny oraz prześwietleniach.

Sekr. Dor.: *Jan Roguski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

Z powodu feryj wakacyjnych pojawi się numer następny jako zeszyt podwójny (32—33) z datą 16 sierpnia b. r.

Redakcja.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z Izb Lekarskich. Na wniosek Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zgodziło się, aby wydawany przez Izbę „Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich" miał charakter organu urzędowego Izb.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ogłasza w Dzienniku Izb Lekarskich, że wybory do Rady Izby odbędą się w listopadzie r. b. Lista członków Izby, upoważnionych do głosowania oraz dzień, w którym odbędą się wybory, będą ogłoszone w sierpniowym numerze Dziennika.

Lekarze, którzy nie wpisali się dotychczas na listę członków Izby, winni to uczynić przed 16 lipca; w przeciwnym razie nie będą mieli prawa do udziału w głosowaniu. O ewentualnych zmianach adresów należy zawiadomić Zarząd Izby przed 20 lipca.

Podobnie i Zarząd Izby Lek. Poznańsko-Pomorskiej wzywa wszystkich lekarzy, którzy zmienili miejsce zamieszkania bez powiadomienia o tem Izby, oraz tych lekarzy, którzy się jeszcze dotychczas w Izbie nie zapisali, aby obowiązek ten spełnili niezwłocznie. Nadsyłający zgłoszenia po 31 lipca utracą prawo głosu.

Ulgi dla rodzin lekarskich w Państw. Zakładach Zdrojowych. W państwowych zakładach zdrojowych dotąd tylko lekarze korzystali z bezpłatnych biletów kąpielowych, rodziny zaś ich płaciły bądź pełną cenę, bądź udzielane im były tylko zniżki, jak np. w Ciechocinku. Obecnie Min. Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) wydało zarządzenie państwowym zakładom zdrojowym, aby w sezonie bieżącym nietylko kuracjuszom-lekarzom, ale również ich żonom i niepełnoletnim dzieciom, wydawane były bezpłatne bilety na kąpiele i zabiegi lecznicze, stosownie do przedkładanych ordynacyj lekarskich.

Nowy lekospis Kas Chorych. Powołana przez ogólnopaństwowy Związek Kas chorych centralna komisja lekarska opracowała nowy spis środków leczniczych i opatrunkowych, obowiązujący dla lekarzy. We wstępie podano preparaty ogólne, dotyczące przepisywania i stosowania leków, zastosowanie synonimów i „taxa laborum". Spis zawiera ogółem 810 pozycyj; obok nazwy leku podana jest w groszach jego cena za 0,1 g, 10 g i 100 g.

Lwów.

Wiadomości Lekarskie, organ Związku Lekarzy Kas Chorych we Lwowie, w sprawozdaniu ze Zjazdu delegatów lekarzy Kas chorych w dniu 17 maja b. r., umieścił w Nr. 5, na stronie 221 krótkie streszczenie sprawozdania sekretarjatu. W streszczeniu tem, zawierającem sprawę umowy ramowej Związku lek. Kas chorych z Okręgowym Związkiem Kas chorych we Lwowie i przesłania jej Ogólno-państwowemu Związkowi Kas chorych w Warszawie, redakcja umieściła ustęp: „W tym momencie nastąpił niespodziewany i niezrozumiały protest Izby Lekarskiej we Lwowie, złożony w G. U. U. przeciw ostatecznemu zatwierdzeniu tej umowy i t. d.". Otóż należy z naciskiem sprostować, że krótkie pismo nie było żadnym protestem, ani pod względem stylizacji, ani charakteru, lecz prośbą o czasowe wstrzymanie podpisania umowy aż do wyjaśnienia. Pismo Izby było następstwem pisma Okręgu lwowskiego Związku Lek. P. P., zawierającego zażalenie nie na Związek lek. Kas chorych, bo Związkowi temu wolno zawierać umowy, jakie mu się podoba, byleby nie były one połączone ze szkodą dla świata lekarskiego, lecz na Okręgowy Związek Kas chorych we Lwowie. I dlatego też Izba Lekarska interwenjowała aż do wyjaśnienia, bo to było jej obowiązkiem, gdyż jest ona przedstawicielką wszystkich lekarzy. Interwencja ta nie była żadnym protestem, a tembardziej krokiem, skierowanym przeciw Związkowi lekarzy Kas chorych we Lwowie, jakby z notatki wspomnianej „Wiadomości lekarskich" wynikało. Audiatur et altera pars.

W celu zapobiegania nadużyć w sprzedaży środków odurzających, a temsamem rozszerzania się narkomanji, Ministerstwo Spraw wewnętrznych postanowiło powołać do życia w Warszawie centralną hurtownię środków odurzających, któraby dostarczała je przeszło 2000 aptek w Polsce. Utworzenie tego rodzaju hurtowni miałoby ułatwić ewidencję zarówno importu środków odurzających, jak również ich sprzedaży. Zachodzą jednak wątpliwości, czy tego rodzaju zcentralizowana hurtownia będzie sprawnie spełniać swe czynności, przedewszystkiem zamówienia, idące w setki tysięcy. Czy zamówienia przez apteki nie będą zbyt późno załatwiane, i to ze szkodą dla chorych. Niemniej też na poważny szwank będą narażone obecne wytwórnie i większe składy przetworów farmaceutycznych, dla których odebranie tak wielkiej liczby środków odurzających będzie poważnym, a niezasłużonym uszczerbkiem materjalnym. O ile nam wiadomo, hurtownie odnośne wystąpiły z odpowiednim memorjałem do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

XII-e Walne Zebranie Związku Lekarzy P. P. odbyło się w Warszawie dnia 31 maja 1931 r. przy udziale 150 delegatów i przedstawicieli władz, Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej i innych organizacyj. Obradom przewodniczył Prof. A. Karwowski z Poznania. Z ważniejszych wydarzeń Związku, wyszczególnionych w sprawozdaniu rocznem, należy podnieść zajęcie się sprawą „Wytycznych dla umów z lekarzami Kas chorych", urządzenie Zjazdu lekarzy szpitalnych w dniu 2 marca 1932, I-go Zjazdu lekarzy uzdrowiskowych z utworzeniem Sekcji lekarzy uzdrowiskowych przy Związku lekarzy P. P. i starania o wywalczenie dla lekarzy specjalistów-balneologów należytego wpływu na organizację i kierownictwo uzdrowisk. Powstało też kilka nowych miejscowych organizacyj i ożywienie działalności niektórych okręgów i obwodów. Sprawozdanie podnosi, że myśl zjednoczenia wszystkich lekarzy i ich organizacyj jeszcze napotyka na trudności ze strony niektórych organizacyj. Poza związkiem jest dotąd jeszcze zawsze Związek lekarzy kasowych we Lwowie, Związek gospodarczy lekarzy na Śląsku. Świadczy to, jak podnosi sprawozdanie, o braku zrozumienia znaczenia i konieczności zrzeszenia i zjednoczenia lekarzy wszystkich, co może się odbić bardzo niekorzystnie, może nawet w bliskiej przyszłości, na tych organizacjach. Podniesiono też znaczenie współpracy ze Związkiem Lekarzy P. P. zawodowego przedstawicielstwa lekarzy, t. j. Izb Lekarskich. Życie Związku skupiało się w 60 obwodach luźnych (samodzielnych) i w 72 obwodach związkowych, obejmujących lekarzy ze wszystkich województw. Okręgów jest 9. Związek objął 55—60% ogółu lekarzy Państwa Polskiego, wpisanych do Izb lekarskich.

Lekarze w sprawach wychowawczych. Klub Lekarzy Polskich złożył na audjencji w dniu 26 lutego p. Ministrowi W. R. i O. P. memorjał w sprawie przywrócenia 45 minutowego trwania lekcyj w szkołach, odrębnego rozłożenia materjału w szkołach żeńskich i męskich ze względu na fizjologiczne różnice w okresie pokwitania oraz wprowadzenia do programu kl. VII lub VIII jednej godziny tygodniowo higjeny. W pierwszej sprawie Klub Lekarzy Polskich zaznacza, że przedłużenie trwania lekcyj do 50 minut przy jednoczesnem zredukowaniu obowiązkowych lekcyj do 30 godzin tygodniowo nie ulżyło młodzieży, ponieważ nie dało się usunąć zupełnie lekcyj nadobowiązkowych, jak śpiew, rysunki, przysposobienie wojskowe i młodzież musi pozostawać w szkole o pół godziny codziennie dłużej, lub po południu powracać do szkoły. Jedno i drugie odbija się ujemnie na zdrowiu młodzieży.

Walne Zebranie delegatów Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji odbyło się dnia 14 czerwca b. r. w Morszynie, własności fundacyjnej tegoż Towarzystwa. Ze sprawozdania rocznego dowiadujemy się o stałym rozwoju Morszyna, jego Zakładu kąpielowego, dzierżawionego przez Spółkę akc. „Polskie Zdroje". Wyrazem rozwoju jest nietylko zwiększona frekwencja gości, lecz — co ważne — z roku na rok zwiększający się zbyt gorżkiej soli i wody morszyńskiej, wypierających sól karlsbadzką, a to dzięki ich znakomitemu działaniu leczniczemu. Popieranie tych produktów jest obowiązkiem lekarzy, nietylko z powodu ich wartości i pochodzenia krajowego, lecz także celu, na który obracane są dochody, płynące z ich sprzedaży.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo wypłacało stałe zasiłki pieniężne 37 wdowom po członkach Towarzystwa, nieliczące zapomóg jednorazowych. Towarzystwo liczyło w roku sprawozdawczym 575 członków.

Kraków.

Informacje w sprawie IX. Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Krakowie. IX. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 24 do 27 września 1931 r. Tematami programowymi są: 1) Reumatyzm. Sprawozdawcy: Prof. Dr. Józef Latkowski z Krakowa: „Klinika schorzeń gośćcowych", Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski z Poznania: „Patogeneza i anatomja patologiczna". 2) Hyperthyreozy. Sprawozdawcy: Dr. J. Koelichen z Warszawy: „Patogeneza", ppłk. Dr. A. Maciąg z Krakowa: „Klinika i leczenie", Prof. Dr. J. Glatzel z Krakowa: „Leczenie chirurgiczne". — Zgłaszać można referaty zarówno pokrewne powyższym tematom, jakoteż i referaty z wszelkich innych dziedzin medycyny wewnętrznej, jeszcze do dnia 23 lipca 1931 r. na ręce Komitetu Organizacyjnego wraz z tytułem i krótkiem streszczeniem. Na porządku obrad zostaną umieszczone tylko referaty w tym terminie zgłoszone.

W Zjeździe mogą brać czynny udział także lekarze nie należący do Towarzystwa Internistów Polskich. — Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe uprasza się kierować na ręce Komitetu Organizacyjnego wraz z uiszczeniem wkładki zjazdowej czekiem P. K. O. Nr. konta 412.297. — Wysokość wkładki zjazdowej wynosi 20 zł. — dla asystentów uniwersytetu i lekarzy szpitalnych 15 zł. — dla osób towarzyszących 10 zł. — Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są zapewnione. Kwatery na życzenie mogą być przygotowane.

Projektowane są wycieczki w okolice Krakowa oraz do uzdrowisk w województwie krakowskiem położonych. Wszyscy uczestnicy otrzymują szczegółowe programy Zjazdu. Nadmienia się, że w dyskusji nad tematem głównym oraz nad wykładami pokrewnemi można zabierać głos tylko dwukrotnie, przyczem po raz pierwszy 10 minut, a po raz drugi do 5 minut. Wykład zwyczajny, zarówno luźny, jak i dodatkowy do tematów głównych trwać może 15 minut. Rozprawy odbywają się grupowo nad szeregiem pokrewnych wykładów. W rozprawach nad wykładami zwyczajnemi wolno każdemu przemawiać 2 razy: pierwszym razem 5 minut, drugim zaś tylko 3 minuty.

Wykłady i pokazy nadprogramowe przyjmuje i dopuszcza w razach zupełnie wyjątkowych Prezes Zjazdu. — Wszelkich bliższych informacyj udziela Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu w Klinice Lekarskiej U. J. Kraków, Kopernika 15.

Poznań.

Komunikat 61 Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej (Kad. III. 1929—31). Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne, Okręg Poznań, zwróciło uwagę Izby Lekarskiej P. P., że przy zapisywaniu środków odurzających lekarze ograniczają się często tylko do przepisu: „wiadomo", „zewnętrznie" i t. p., nie podając dokładnego sposobu użycia. Wobec tego Zarząd Izby Lekarskiej P. P. przypomina swym członkom § 3 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 maja 1929 r. o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających (D. U. R. P. Nr. 48, poz. 402), który opiewa, że lekarze mogą zapisywać środki odurzające wyłącznie w celach leczniczych i tylko w granicach dozwolonej im praktyki. Recepty na środki odurzające powinny być zawsze pisane czytelnie i powinny zawierać: imię, nazwisko i adres zapisującego, imię i nazwisko chorego, ilość środka odurzającego oraz dokładny sposób użycia. Lekarze mogą wystawiać zapotrzebowanie na środki odurzające tylko w celu otrzymywania tych środków do osobistego przez nich samych stosowania chorym. Zapotrzebowania te, oprócz nazwy i ilości środka powinny zawierać: a) podpis zapisującego, b) jego adres, c) datę i d) nadpis: „do stosowania we własnej praktyce". Wydawania z aptek środków odurzających na recepty względnie zapotrzebowania, nieodpowiadające postanowieniom powyższego paragrafu jest wzbronione.

Poniżej podaje się spis środków odurzających, które apteki mogą wydawać za przepisem lekarskim:

Cannabinonum, Canabinonum Tannicum, Cocainum hydrochloricum, Cocainum nitricum, Cocainum purum, Dicodidum bitartaricum, Dicodidum hydrochloricum, Dilaudidum, Ecgoninum, Euconalum, Eumecon, Extractum Cannabis indicae, Extractum Opii, Folia Coccae, Guttae Inosemzowi, Herba Cannabis indicae, Laudanonum, Morphinum aceticum, Morphinum hydrochloricum, Morphinum sulfuricum, Narcophinum, Opium, Opium pulveratum, Opium concentratum, Pantopon, Domopon i t. p., Paramorfanum (et syn.), Psicain Pulvis Ipecacuanhae opiatus, Sirupus opiatus, Tinct. cannabis indicae, Tinct. Opii benzoica, Tinct. Opii crocata, Tinct. Opii simplex, Trivalinum Tropocacainum hydrochloricum.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. maj 1931 r. — W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: Zwolnieni: Jędrzejowska Aniela, prow. technik laboratoryjny w IX st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, zgodnie z postanowieniem art. 60 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 31 maja 1931 r. dekretem z dnia 27-go maja 1931 r.: Gerliczowa Jadwiga, prow. kancelistka w XI st. sł. w Państwowym Zakładzie badania żywności w Warszawie, na zasadzie postanowień art. 62 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dniem 31 maja 1931 r. dekretem z dnia 23 maja 1931 r. — We władzach II instancji: mianowani: Śliwiński Władysław do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Poznańskim dekretem z dnia 7 maja 1931 r. — We władzach I instancji: mianowani: Dr. Ossoliński Artur, etat. lekarz kolejowy w Dyrekcji Kolejowej w Stanisławowie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Kołomyjskiem dekretem z dnia 9 maja 1931. — Przeniesieni w stan nieczynny: Dr. Czyżowski Władysław, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Kołomyjskiem, na podstawie postanowień art. 54 ustawy o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 2 maja 1931 r.

Odznaczenie lekarzy. Na dorocznem walnem zebraniu Stowarzyszenia lekarzy zdrojowych w Truskawcu zostali wybrani na członków honorowych dr. Zenon Pelczar i prof. dr. Ludomił Korczyński.

Prof. dr. A. Cieszyński ze Lwowa został mianowany członkiem honorowym Wiedeńskiego Towarzystwa Dentystycznego i Międzynarodowej Akademji Dentystycznej w Waszyngtonie.

Członkami honorowymi tejże Akademji zostali również mianowani prof. Wilga z Warszawy i lekarz-dentysta M. Krakowski, redaktor „Kroniki Dentystycznej".

Podwyższenie opłaty za paszporty zagraniczne. Z rozporządzenia ministra skarbu w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych opłata za zwykłe paszporty zagraniczne została podwyższona ze 100 zł do 200 złotych za przejazd jednorazowy. Opłata za paszport ulgowy dla osób udających się w celach naukowych oraz dla osób niezamożnych, jadących na kurację, została niezmieniona i wynosi zł 20 za jednorazowy przejazd granicy.

Ze świata.

Szpital morski w Berck-Plage urządza w czasie od 3 do 14 sierpnia b. r. kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu gruźlicy kości, stawów i gruczołów, tudzież z zakresu schorzeń narządów ruchu. Wszelkich bliższych wyjaśnień co do tego kursu należy zasięgać pod adresem Doktora Delahaye à l'Hopital Maritime — Berck-Plage (Pas-de-Calais).